الصحة النفسية للأطفال

الأستاذة الدكتورة

سهير كامل أحمد

عميد كلية رياض الأطفال الأسبق

جامعة القاهرة

٢٠٠٧

مركز الاسكندرية للكتاب

٤٦ ش الدكتور مصطفى مشرفة - الأزاريطة

ت ٤٨٤٦٥٠٨

تقديم الطبعة الثانية

عزيزى القارئ الصحة النفسية للأطفال يمثل هذا الكتـــاب أهمية خاصة لجميع القائمين على الطفل - وســـوف تجـــد - إن شاء الله عند قراءتك لهذه الطبعة إضافة جديدة تمثل ما تبعناه من المعلومات المتخصصة ومن نتائج البحوث العلمية وإضافتها .

آمل أن يشبع هذا الكتاب احتياجات القارئ المهتم .

والله ولى التوفيق

المؤلف

أ.د سهير كامل

القاهرة (يوليو ٢٠٠٦)

مقدمة

لم يترك العلم الحديث ناحية من نواحي الحياة في العصر الحديث دون أن يضع لمساته السحرية عليها... فيحول ما كان مجهولا الى ما هو معلوم... ويذلل ما كان صعبا فيجعله سهلا ميسورا... ولعل من أهم لمسات العلم في العصور الحديثة نلمحها في العناية الفائقة بمختلف الفنون والعلوم .. ومن ذلك عنايته بعلم النفس وفروعه المختلفة عامة ... والصحة النفسية الاجتماعية خاصة فالصحة النفسية الاجتماعية وليدة العلم الحديث، ولقد أولاها عناية خاصة ذلك لكونها من أكثر الموضوعات التى تتصل اتصالا مباشرا بالفرد في جميع أطواره: ومراحل حياته ... طفلاً... مراهقاً ... شاباً ... شيخاً ... هرماً... ذكراً كان أم أنثى...

ونحن نرى المجتمع دائما يهتم اهتماماً بالغاً ويسعى في سبيل تحقيق أقصى درجة من السعادة والتوافق لأفراده... كما نجد أن الفرد دائما في محاولات مستمرة متجددة – وسعى متتابع جاد – يتلمس طريق التوافق والتكيف أملاً في تحقيق صحته النفسية الاجتماعية....

ونراه يسلك في تلك المحاولات أساليب متعددة متباينة ... منها ما هو سوى... ومنها ما هو عكس ذلك وعلى كل حال فالنتائج تختلف كاختلاف الأساليب والطرق... فقد يصل الفرد الى الدرجة المنشودة من التوافق تارة، وأخرى قد ينجح في مسعاه ولكن بدرجة أقل من السابقة .. وثالثة قد يتجه في طريق عقيم ذى نتائج ضارة عليه فيسير فيه... ومن هنا تبدأ الاضطرابات في الظهور ويصاب في صحته النفسية.



الفصل الأول

الشخصية بين سوائها وانحرافها

الشخصية بين سوائها وانحرافها

اذا أردنا أن نحدد معنى السوى Normal وغير السوى abnormal فى المجال النفسى أو العقلى فاننا لانبنى حكمنا على الناحية المثالية Ideal ، بل على الناحية الاحصائية Statistical لذا فالسوى هو العادى أى السوى بالنسبة للمعدل الاحصائى وليس المثالى.

فلو أردنا التفرقة بين العصابى والسوى واستخدمنا معياراً مثالياً كان جميع الناس عصابيين، أما من الناحية العملية الاحصائية فان السوى هو من كان فى توافق كاف مع نفسه ومع البيئة الخارجية، وغير السوى أو العصابى هو من كانت نواحيه النفسية المختلفة فى غير توافق أو غير اتزان أو ينقصها النضج من بعض نواحيها فيبدت عليه أعراض تدل على عدم توافقه مع نفسه ومع البيئة، ولكن التفرقة بين النوعين لا تكون حاسمة إلا فى الحالات المتطرفة، فان بين الفريقين حالات بين بين Borderline يكون وصفها بالسواء أو عدم السواء مبنيا على معايير مطاطة تدخل فيها عوامل شخصية وعوامل حضارية عند التقييم.

وإذا كان البعد عن السواء إلى ما هو أفضل هو شذوذ بمعنى ما فانه شيء مستحب، اما إذا كان إلى ما هو أردأ كان مرضيا.

ومن هذا المنطلق حاول كثير من العلماء والباحثين وضع تعريف محدد للصحة النفسية وكثرت الاجتهادات في هذا الشأن.

وسنتعرض في هذا المقام لبعض هذه التعريفات وصولاً إلى تعريف متكامل وشامل لهذا المفهوم ......

وعلينا قبل البدء في سرد تعريف الصحة النفسية أن نعرض لمفهوم آخر وهو مفهوم المرض حتى يتضح الأمر في يسر وسهولة.... ربما أسهل وسيلة لفهم المقصود بالصحة النفسية أن نبدأ بالتساؤل عن معنى المرض.

المرض

هو الانحراف – جسماً أو نفساً – عن الحالة الصحية السوية، وإذا كانت الحالة السوية هي الحالة المتوسطة أو العادية كما أوضحنا سالفا فإن الانحراف عن هذا المعدل أو القصور عن بلوغ الحالة السوية إلى ما هو دون السوي.

وقد يكون المرض جسمياً أو يكون نفسياً ولكن هذه التفرقة ليست مطلقة لأن الذي يمرض ليس هو الجسم، وليس هو النفس ولكنه الإنسان ذلك الكل الموحد، ولكل مرض مهما كانت أسبابه وأعراضه

جانب جسمى وجانب نفسى. وقد يكون السبب المباشر للمرض عضويا كالعدوى بجراثيم مرض معدى، أو قد يكون السبب نفسيا كالصدمات النفسية ولكن المرض فى الحالتين يكون سلسلة مستمرة من الأسباب والمسببات والأعراض الجسمية، والنفسية والسبب المباشر نفسه ماديا كان أو نفسياً يتوقف تأثيره على الشخصيه... "تلك الوحدة الجسمية والنفسية والاجتماعية " وبنيانها واستعدادها أو عدم استعدادها للتأثر بهذا السبب أو ذاك فتقسيم الأمراض إلى جسمية ونفسية انما هو مسألة نسبية.

ولا يكون هذا التقسيم بحسب الأعراض بمعنى أن يسمى المرض جسميا اذا كانت الامراض جسمية والعكس بالعكس، وانما يقوم تقسيم الأمراض إلى جسمية ونفسية بحسب أسبابها المباشرة بصرف النظر عن الأمراض فيكون المرض جسمياً أى جسمى المنشأ Somatogenic أو يكون نفسيا أى نفسى المنشأ.

معنى الصحة النفسية:

تكثر الاجتهادات حول معنى الصحة النفسية عندما نقف أمام مشكلة من مشكلات أضطرابات السلوك، بمعنى أخر عندما نقابل بسلوك غير سوى نسبة إلى المعيار الشائع للسلوك فى أى مجتمع من

للمجتمعات وعندما نواجه هذا السلوك الغير سوى ونرغب فى تعريفه وتحديد معالمه نجد أنفسنا أمام تعريف السواء كنموذج للسلوك نقترب منه أو نبتعد عنه بنسب متفاوته.

إن للصحة النفسية معانى وتعاريف متعددة - سنعرض لأهمها بغية الوصول إلى تعريف يمكن أن نستعين به فى رسم السبل المؤدية إلى سلامة العقل والمحافظة عليه من التعرض للأضطرابات السلوكية بأشكالها المختلفة.

من التعاريف الشائعة للصحة النفسية هى الخلو من أعراض المرض النفسى أو العقلى، ويلقى هذا التعريف قبولا بين المتخصصين فى مجال الطب النفسى.

ولا شك أن هذا التعريف اذا قمنا بتحليله نجد أنه مفهوم ضيق محدود لأنه يعتمد على حالة السلب أو النفى، كما أنه يقصر معنى الصحة النفسية على خلو الفرد من أعراض المرض العقلى النفسى وهذا جانب واحد من جوانب الصحة النفسية، فقد نجد فرداً خالياً من أعراض المرض العقلى أو النفسى ولكنه مع ذلك غير ناجح فى حياته، وعلاقاته بغيره من الناس (سواء فى العمل أو فى الحياة الاجتماعيه) تتسم بالاضطراب وسوء التوافق، إن مثل هذا الشخص يوصف بأنه لا

يتمتع بصحة نفسية سليمة، على الرغم من خلوه من أعراض المرض العقلي أو النفسي. (٦٠)

إن تعريف الصحة النفسية بانتفاء الأعراض النفسية والعقلية يعد من التعاريف السالبة للصحة النفسية حيث تقصر الظاهرة بالمظاهر التي يجب ألا تتوافر، دون أن تقترب من المظاهر التي توجد مع الصحة النفسية وتنعدم بانعدامها.

إن اقتصار تعريف الصحة النفسية على سلامة الفرد من المرض النفسي والعقلي في صوره المختلفة، وعدم ظهور أعراض للاضطرابات السلوكية الحادة في أفعاله وتصرفاته، يعد معنى محدود وضيق للصحة النفسية.

فإذا تأملنا في حياة وسلوك الأفراد الذين نعرفهم ونتعامل معهم في كل يوم، والذين لا تصل أعمالهم وتصرفاتهم إلى درجة الاختلال التام والشذوذ والغرابة، ليتبين لنا أنهم لا يتساوون جميعا من حيث قناعتهم بحياتهم ورضاهم من أنفسهم، أو من حيث قدرتهم على التوفيق بين مختلف أهدافهم واهتماماتهم ونزعاتهم، أو من حيث نجاحهم في إقامة العلاقات الطيبه والتوافق مع الأشخاص المحيطين بهم، ومع مطالب البيئة الاجتماعية والمادية، أو نرى فيمن نعرفهم أفرادا يغلب

الرضا والسعادة على حياتهم، وآخرين يغلب على حيـاتهم الضيق والتعاسة. (٣٢)

يتبين من كل ما تقدم أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من المرض لأننا نلاحظ ان مجرد الخلو من المرض لا يحتم قدرة الفرد على مواجهة الازمات العادية ولا يتبعه الشعور الايجابى بالسعادة.

وهناك تعريفات موجبة للصحة النفسية تحدد الشروط الواجب توافرها فى الوظـائف النفسية والعقلية للفرد المتمتع بالصحة النفسية وعلى سبيل المثال:-

- يعرف القوصى (٣٩) الصحة النفسية بأنها "التوافق التام بين الوظـائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمـات النفسية العاديـة التى تطرأ عادة على الإنسـان، مـع الاحساس الايجابى بالسعادة والكفاية".

- ومعنى التوافـق التام بين الوظـائف النفسية المختلفة هى خلو المرء من النزاع الداخلى كوقوعه بين أتجاهين مختلفين، كأن يتردد بين تحقيق كرامته فى نظر نفسـه، وإشباع جوعه عن طريق السرقة أو كما يحدث فـى موقف يتنازع إرادة الشخص

فيه أمران : تضحية بنفسه وأولاده لانقاذ الوطن، أو تضحية بالوطن لانقاذ نفسه وأولاده.

حالات واضحة يبدو فيها النزاع الداخلى النفسى، والواجب أن يكون المرء بحيث لا يقع فى نزاع نفسى، أى أن يكون قادرا على الحسم فى مشكلاته بناء على فكرة معينة.

وعلى هذا فخلو المرء من الصراع وما يترتب عليه من توتر نفسى وقدرته على حسم الصراع لحظة وقوعه هو الشرط الأول للصحة النفسية وفقا للتعريف السابق.

ويذكر القوصى فى هذا الصدد(.. أن وظيفة الحياة النفسية بمختلف عناصرها هى تكيف المرء لظروف بيئته الاجتماعية والمادية، وغايتها تحقيق حاجات الفرد، وهى تتحقق عادة بالتعامل مع البيئة، وهذه البيئة متغيرة، وهذا التغيير يثير مشكلات يقابلها الإنسان بحالات من التفكير والانفعال، ومختلف أنواع السلوك، ولكن التغييرات التى تحدث قد تكون شديدة لدرجة خارجة عن الحد الذى يقوى عقل الفرد فى مقابلته والتكيف له.

لهذا كان لابد من تعاون الوظـائف النفسية المختلفة. ولابد من تقويتها لمقاومة التغيرات العادية، وضرورى فوق ذلك أن يكون هناك شعور إيجابى بالسعادة والكفاية، وهذا الشعور هو دليل الفرد حتى كونه فى حالة جيدة من حيث الصحة النفسية.

ومن التعـاريف الإيجابية للصحة النفسية ذلك التعريف الذى يعرف الصحـة النفسية بـ (قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذى يعيش فيه وهذا يؤدى إلى التمتـع بحياة خالية من التأزم والاضطراب مليئة بالتحمس) ويعنى هذا أن يرضى الفرد عن نفسه، وأن يتقبل ذاته كما يتقبل الآخرين، فلا يبدو منه ما يدل على عدم التوافق الاجتماعى، كما لا يسلك سلوكاً اجتماعياً شاذا بل يسلك سلوكاً معقولا يدل على اتزانه الانفعالى، والعـاطفى والعقلى فى ظل مختلف المجالات، وتحت تأثير جميع الظروف.

ان شخصاً هكذا نمطه يعتبر فى نظر الصحة النفسية شخصا سويا لأنه يتميز بالقدرة على السيطرة على العوامل التى تؤدى إلى الاحباط أو اليأس بل أنه يستطيع أيضاً أن يسيطر على عوامل الهزيمة المؤقتة دون اللجوء إلى ما يعوض هذا الضعف أو عدم النضج، أنه يستطيع أن يصمد للصراع العنيف ومشكلات الحياة اليومية ولا يصيبه

إلا القليل من الهزيمة والفشل، مستعيناً ببصيرته وقدرته على التحكم الذاتي.

إن هذا الشخص وأمثاله أسوياء، لأنهم يتمتعون بقدر كاف من الصحة النفسية، حيث يمكنهم أن يعيشوا في وفاق وسلام مع أنفسهم من جهة، ومع غيرهم في محيط المجتمع من جهة أخرى. (٦٠)

وهناك تعريف آخر لا يختلف في مضمونه عن التعريف السابق مؤداه أن الصحة النفسية هي "الشرط أو مجموع الشروط اللازم توافرها حتى يتم التكيف بين المرء ونفسه وكذلك بينه وبين العالم الخارجي، تكيفاً يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه هذا الفرد".

ونلاحظ أن هذا التعريف يؤكد فكرة العلاقة بين الفرد وبيئته وهو فوق ذلك يتضمن ضرورة إيقاظ القدرات العقلية الطبيعية عند الإنسان، واستغلالها إلى أقصى حد مستطاع يؤدي إلى سعادة الفرد وسعادة غيره. (٣٩)

وعلى هذا فلا يمكننا أن نعتبر أن الصحة النفسية هي ما تترتب عليه الكفاية والسعادة الفردية - إذا كانت هي الغاية الوحيدة - لابد أن

تصطدم مع رغبات الآخرين اصطداماً قد ينقصها أو يقضى عليها، إلا إذا اعتبرنا أن شرط الكفاية والسعادة الاجتماعية داخل ضمنا لتحقيق النتائج الفردية، ومعنى هذا أن مراعاة التعامل الاجتماعى واجب بحيث تؤدى مع تحقيقها الأهداف الاجتماعية إلى ضمان تحقيق أهداف الفرد فى الوقت نفسه، كذلك لا يمكن أن تعتبر الصحة النفسية هى مجرد العمل لسعادة المجتمع، لأن هذا بدوره لا يحتم سعادة الفرد وكفايته، إلا إذا أعتبرنا أن النقص فى سعادة الأفراد وكفايتهم يترتب عليه حتماً نقص فى السعادة والكفاية الاجتماعيين".

نسبية الصحة النفسية:

الصحة النفسية مسألة نسبية يتمتع بها الفرد بدرجة من الدرجات بمعنى أنه ليس هناك حد فاصل بين الصحة والمرض، وهذا ما يؤكده تعريف صموئيل مقاريوس، ليعرف الصحة النفسية بأنها:

.. مدى أو درجة نجاح الفرد فى التوافق الداخلى بين دوافعه ونوازعه المختلفة، وفى التوافق الخارجى فى علاقاته ببيئته المحيطة بما فيها من موضوعات وأشخاص".

وعلى هذا نؤكد أنه ليس هناك حد نهائى للصحة النفسية فلا يوجد إنسان يخلو من الصراع أو من القلق، ولم يخبر الإحباط والفشل

وما يترتب عليهما من مشاعر وانفعالات، كما أن المضطربين أنفسهم يختلفون فى درجة الاضطراب، ابتداء من المشكلات السلوكية ومروراً بالاضطرابات النفسية العصابية وانتهاء بالاضطرابات الذهانية (العقلية) التى يفقد فيها المريض قدرته على التعامل مع الواقع والحياة وفق عالم خاص به ومتخيل.

كما أن التوافق الاجتماعى أمر نسبى ومختلف من مجتمع لآخر ومن عصر لآخر أى اختلاف المكان والزمان.

فالفرد الذى يعتبر غير متوافق فى التعامل مع أحد المجتمعات قد يصبح متوافقاً تماماً فى مجتمع آخر، وعلى سبيل المثال قد تكون المرأة التى تخشى التعامل مع الجنس الآخر تقابل بالقبول والترحيب من بعض المجتمعات، ولكنها ليست كذلك فى أغلب المجتمعات الغربية.

هذا عن النسبية المكانية للصحة النفسية، أما عن النسبية الزمنية فيمكن أن نمثل لها بقيام المرأة بأعمال معينة فى الوقت الحاضر، كانت تعتبر فى زمن مضى (استرجالا) وخروجاً عن المألوف وكانت السيدات اللواتى يقدمن عليها غير متوافقات فى مجتمعاتهن، آنذاك وهن لسن كذلك اليوم فى بعض المجتمعات على الأقل.

والطفل الصغير الذى يخاف من الصوت العالى وهو فى سن الثانية يعتبر فى حاله سوية عادية، ولكنه لا يعتبر كذلك اذا أستمر كذلك حتى سن المراهقة، كما أن الميل الجنسى الناضج يعتبر عادياً بعد المراهقة وغير عادى اذا ظهر فى مرحلة الطفولة المبكرة - وهكذا.

وبناء على ما سبق يمكننا أن نتبين بوضوح هو أننا لا نستطيع أن نصدر حكماً على الصحة النفسية دون أن ندرك شيئا هاما-وهو أن للصحة النفسية جوانب ايجابية تقابلها جوانب سلبيه تسم الشخص بسوء التوافق، وينبغى أن ندرك أن الأفـراد يمكن ترتيبهم على متصل Continum- أحد طرفيه حالة التوافق (الصحة النفسيه) والطرف الأخر سوء التوافق، وهذا يعنى أن الصحة النفسية وسوء التوافق انما يتداخل كل منهما بعضهما فى بعض فليس هناك حد فاصل للصحة النفسية يفصلها عن سوء التوافق.

كما يعنى هذا أيضا أنـه من الصعب أن نجد الشخص المتمتع بالصحة النفسية الكاملة أو الشخص الموسوم بسوء التوافق الكامل، ذلك أن الفرق بين الصحة النفسية وسوء التوافق انما هو فرق فى الدرجة.

فالتوافق التام بين الوظائف النفسية ليس لـه وجود ولكن درجة اختلال هذا التوافق هى التى تبرز حالة المرض عن حالة الصحة.

معايير الصحة النفسية

فى ضوء ما تقدم نستطيع أن نحدد بعض المؤشرات التى يمكن فى ضوئها الاستدلال بصورة عامة على الصحة النفسية لفرد ما وأهمها:-

تقبل الفرد الواقعى لحدود امكانياته:

إحدى الوسائل للتعرف على الصحة النفسية لفرد من الأفراد نسأل: إلى أى حد يدرك هذا الفرد حقيقة وجود الفروق الفردية بين الناس ومدى اتساع هذه الفروق، وكيف يرى هذا الفرد نفسه بالمقارنة مع الآخرين، وما هى فكرته عن مميزاته الخاصة وعن حدود قدرته ومالا يستطيعه..

وسنجد أن بعض الناس لهم بصيرة لابأس بها بأنفسهم، ويفهمون ذواتهم فهماً واقعياً أو قريباً من الواقع، وهذا يهيىء لهم تجنب كثير من الاحباط والفشل ويساعد على الانجاز والتوافق السليم ولكننا سنلاحظ أيضاً أن كثيرين يبالغون فى تصور قدراتهم ويتوهمون فى أنفسهم أكثر مما يستطيعونه فعلاً، كما يحاول البعض الآخر أن يهون من شأن نفسه ويركز على عيوبه ونقائصه ولا يستطيع لسبب ما يعانى منه من مشاعر النقص أن يرى كل امكانياته وقدراته رؤية واضحة، ويمكن أن ندرك بسهولة أن تصور الفرد الخاطىء لنفسه أو عدم تقبله للحقائق

الموضوعية المتعلقة بشخصه، لايساعد كثيرا على توافقه النفسي أو على التعامل الناجح مع الأخرين. (٢٢)

المرونة والاستفادة من الخبرات السابقة :

السوى لديه القدرة على التكيف والتعديل والتغيير بما يتناسب مع ما يجد على الموقف حتى يحقق التكيف وقد يحدث التعديل نتيجة لتغير طرأ على حاجات الفرد أو أهدافه أو بيئته .، كما أنه يعدل من سلوكه بناء على الخبرات السابقة ولا يكرر أى سلوك فاشل لامعنى له .(٤٢)

التوافق الاجتماعي :

قدرة الفرد على عقد صلات إجتماعية مرضية تتسم بالتعاون والتسامح والايثار لايشعر بما يعكرها من العدوان أو الريبة أو الاتكال أو عدم الاكتراث لمشاعر الأخرين معاً ولن يرتبط بعلاقات دافئة مع الأخرين.(٤٠)

الاتزان الانفعالي :

ونعنى به قدرة الشخص على السيطرة على انفعالاته المختلفة والتعبير عنها بحسب ما تقتضيه الظروف وبشكل يتناسب مع المواقف التى تستدعى هذه الانفعالات..

كما أن ثبات الاستجابة الانفعالية فى المواقف المتشابهة هو علامة الصحة النفسية والاستقرار الانفعالى ذلك أن تباين الانفعالات فى هذه الحالة دليل على الاضطراب الانفعالى. (٥٦)

القدرة على مواجهة الاحباط:

الفرد السوى لديه قدرة على الصمود للشدائد والأزمات دون اسراف فى استخدام الحيل الدفاعية (كالإزاحة والكبت والنكوص والاسقاط و أحلام اليقظة، أوالعدوان، وهذا يتطلب كفاءة من جانب الانا لمواجهة المواقف المحبطة بطريقة تتفق والمعطيات الواقعية للموقف، إن درجة تحمل الفرد للاحباط من أهم السمات التى تطبع شخصيته وتميزه عن غيره من الناس..

التكيف للمطالب أو الحاجات الداخليه والخارجيه :

من أهم الشروط التى تحقق الصحة النفسية، أن تكون البيئة التى يعيش فيها الفرد من النوع الذى يساعد على اشباع حاجاته المختلفة، أما اذا لم يتمكن الفرد من أشباع هذه الحاجات فى البيئه، فانه يتعرض لكثير من عوامل الاعاقه والاحباط التى تؤدى عاده إلى نوع من الإختلال فى التوازن أو عدم الملائمه، فاشباع الحاجات لدى الإنسان شرط أساسى من شروط حصوله على التكيف الذى يحقق له الاستقرار النفسى، ومن

المكن تقسيم هذه الحاجات والمطالب إلى حاجات داخلية أو حاجات اولية (حاجات عضوية فسيولوجية) وحاجات خارجية أو حاجات ثانوية (حاجات نفسية واجتماعية أو حاجات ذاتية "وشخصية")

القدرة على العمل والانتاج الملائم:

ويقصد بذلك قدرة الفرد على الانتاج المعقول في حدود ذكائه وحيويته واستعداداته الجسمية، اذ كثيرا ما يكون القعود والكسل والخمول دلائل على شخصيات هدتها الصراعات واستنفذت طاقاتها المكبوتة، كما أن قدرة على إحداث تغييرات اصلاحية في مجتمعه وبيئته دليل على الصحة النفسية.

التوافق الشخصي:

ويقصد به قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة وارضائها الارضاء المتزن، وهذا لايعنى أن الصحة النفسية تعنى الخلو من الصراعات النفسية، اذ لابد من تواجدها، وإنما الصحة النفسية هى حسم هذه الصراعات والتحكم فيها بصورة مرضية مع القدرة على حل الازمات النفسية بصورة إيجابية بدلاً من الهروب منها في شكل اعراض مرضية.

ان كل فرد معرض على الدوام لضيق عابر وتوتر نفسي تطول مدته أو تقصر، ولكن ذلك لايلبث ان يزول لتعود حياته النفسية إلى ما كانت عليه من سلاسة ويسر، اما المريض (النفسى) بوجه خاص فلا يجد للحياة طعماً ولا يعيش حياته بل يكابدها وذلك من فرط ما يعانيه من توترات وصراعات غير محسوبة وما يقترن بهذه الصراعات من الشعور بالقلق والتوتر والشعور بالنقص، أو بالذنب.

الشعور بالسعادة :

إن الشعور بالسعادة هو غاية الصحة النفسية، ولكن لاتعنى المؤشرات السابقة للشخصية المتمتعة بالصحة النفسية أن الشخصية السوية هى التى تعيش فى سعادة دائمة، بل على العكس، فإن الشخص السوى قد يعجز أحياناً على الوصول إلى أهدافه، وقد يدفعه جهله بالعالم المعقد الذى يعيش فيه وكذلك الضغوط المباشرة التى قد يقع تحتها، إلى اتخاذ أسلوب غير ملائم من السلوك مما يباعد بينه وبين الهدف، بدلا من أن، يقربه منه، لذلك لايخلو تماماً من الخوف أو الصراع أوالقلق أو الشعور بالذنب، بل أن الذى يميز السوى عن غيره هو طريقة مواجهة الصراع والمخاوف والقلق، وليس الخلو منها، علىأن يشعر فى النهاية بالسعادة والرضا عن ذاته وعن مجتمعه.

الصحة النفسية والتوافق

مدخل:

الكائن وبيئته فى علاقة لابد أن تبقى على درجة كافية من الاستقرار ولكن الكائن والبيئة متغيران ولذلك يتطلب كل تغيير تغيراً مناسباً للابقاء على استقرار العلاقة بينهما، وهذا التغيير المناسب هو التكيف أو المواءمة Adaptation والعلاقه المستمرة بينهما هى التوافق، وكثيراً ما يستخدم اللفظان تكيف وتوافق كما لو كان مترادفين، ولكن الكلمة الأولى تشير إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق، والثانية إلى حالة التوافق التى يبلغها الكائن.

والأصل فى التوافق هو تعديل الكائن بحيث يتلائم مع الظروف (وهو ما سماه يونج مغايره "Dissimilation" أو يلجأ الكائن إلى إحداث تعديل فى البيئة (وهو ما أسماه مماثلة Assimilation أو يعدل الكائن بعضاً منه وبعضاً من البيئة لإعادة التوافق والتوزان.

ويتناول التوافق نواحى فيزيائية (مثل درجة الحرارة) ونواحى بيولوجية وفيزيولوجية (مثل تغيير: شكل الكائن أو لونه أو تحديل بعض وظائفه) ونواحى نفسية (مثل تعديل الادراك - الحسى شدة ووضوحا بحسب قيمة المنبه ودلالته وتكراره وتحديد أنفعاله)، والنواحى

الاجتماعيه (مثل تطوير دوافعه، وتعديل سلوكه بما يتفق مع مستويات مجتمعه بالاضافه إلى مقتضيات الموقف الراهن..) الخ.

فاذا عجز الكائن عن التوافق مع البيئة تماما، وهو ما يسمى عدم التوافق Non - Adjustment فقد يكون فى ذلك هلاك الكائن. ولكن الأغلب هو أن يحقق الفرد توافقا ناجحا، أو على الأقل يحقق شيئاً من التوافق ولو كان فاشلا غير سوى وهو ما يسمى سوء التوافق Maladjustment فالطفل الذى حرم بعضاً من اهتمام والديه عقب ولادة أخيه الأصغر مثلا اذا فشل فى التوافق مع هذا الموقف الجديد بوسائل سوية، قد يصاب بأمراض وهمية يستدر بها عطف والديه فيكون قد حصل على شيء من التوافق وان كان توافقا منحرفا غير سوى عن طريق المرض. (٦٤).

معنى التوافق:

إن مفهوم التوافق من أكثر المفاهيم شيوعاً فى علم النفس ذلك أنه تقييم سلوك الإنسان وعلم النفس إنما هو "علم سلوك الإنسان وتوافقه" مع البيئة لذلك كانت دراسة علم النفس لاتنصب على السلوك ذاته أو على التوافق نفسه بل تدور حول كيفية الوصول إلى التوافق وطبيعة العمليات التى يتم بواسطتها التوافق أو عدم التوافق .

وعلينا أن نؤكد فى دراستنا لعملية التوافق على التأثير المتبادل بين الشخص وبين بيئته.

ويذكر "أحمد فائق". (٩)

"أن التوافق هو حالة وقتية تتزن فيها قوى المجال بما فيه الشخص ذاته فكل مجال انسانى يتضمن عديدا من القوى المتنافرة المتنازعة ويتضمن الانسان الذى سينحو بسلوكه انتحاء خاصا حسب نظام هذه القوى حيث ينعكس عليه تأثير هذا الانتحاء، فعندما يوجد انسان فى مجال جديد كالدراسة الجامعية فان القوى التى تتنازعه فى هذا المجال لا تستقر بسرعة ولا توجد أصلاً على استقرار. فمن جانب سيجد أن الدراسة فى الجامعة من طبيعة مختلفة يزيد فيها قدر الابتكار عن الحفظ بعكس ما كانت عليه الدراسة الثانوية، ثم يجد أن نظام التدريس يتيح له قدرا أكبر من الحرية التى كانت محدودة فى نظام الحضور والغياب فى المدرسة. ذلك بالاضافة إلى أن طبيعة العلاقات الانسانية فى الجامعة ذات شكل غير رسمى لاختلاف الاقسام عن نظام الفصول. وهكذا يختل الاتزان الشخصى للطالب الذى كان قد استقر على الخضوع لقوى خارجية تفرض النظام وأصبح يستلزم خلق نظام داخلى ذاتى. وهكذا تقل قوة الضغوط الخارجية السابقة وتزيد الضغوط

الداخليه الحديثة مما يغير من سلوك الطالب فـى مجالـه الجديد. فأحيانـا يؤدى ضعف الضغوط الخارجية إلى جموح الضغوط الداخلية فينحـرف سلوك الطالب لفترة قد تطول، فيندفع إلى اشباع مباشر لرغباته وتتفجـر فيه انفعالات قوية. أى يرتد إلى سلوك أكثر بدائية ويؤثر ذلك إلى تغـير ادراكه وتقديره لمجاله. ولا يقتصر الأمر علـى ذلك بل يعود الادراك الجديد والتقدير الحديث لعناصر المجـال فيخلقا للشـاب مجـالات جديدة تعينـه علـى السـلوك المستحدث. ويظهـر ذلـك فـى أنـواع الصداقـات والعلاقات التى يقيمها تبعا لذلك فنجده مثلا ينتقى أصدقاء يشـجعون فيـه نزعاته الجديدة وتقوم صداقته معهم على أساس أنطلاق النزعات.

ويبين لنا هذا المثال شكلا عاماً للتأثر والتأثير فـى مجـال الفرد. ويتوقف تأثر وتأثير الفرد على مجاله على أمرين:-

(١) قابليته للتأثر وقدرته على التأثير.

(٢) الامكانيات المتاحة فى المجال للتأثر والتأثير.

ففى كثـير من الاحيان نجد أن الاشـخاص لا يبـدون اختلافـات كثيرة فى تصرفاتهم مهما تغير مجـالهم الانسـانى. ويبـدو أن ذلك أمرا يتوقف فى جانب منـه علـى مدى نضجهم، فـالطفل أكثر قابليـة للتـأثر بمجاله من البالغ، كما أن البالغ قد يظهر تأثرا بالمجال فى أحيان وعدم

قابلية للتأثر به فى أحيان أخرى، ذلك بالاضافه إلى أن هناك من يمكنهم التأثير فى مجالهم بشكل فعال وحسب نوع المجالات. وهناك أناس يصعب عليهم التأثير فى مجالاتهم مهما كان شكلها...

الا أن الامر ليس دائما طوع لمكانيات الفرد وحسب قابليته للتأثير والتأثر ففى كثير من الأحيان نجد أن المجالات ذاتها تتحكم فى قدرة الشخص على التأثير فيها مهما كانت قدراته.

ذلك بالاضافة إلى بعض المجالات تكون من الضعف بحيث لا تؤثر فى أكثر الناس قابليه للتأثير، فالمواقف المؤقته أقل تأثيرا على الاشخاص من المواقف الدائمه كما هو الحال فى التجمهر الوقتى، كما أن المواقف الحاسمة مهما كانت وقتية تكون أكثر تأثيرا فى الأشخاص من المواقف التافهة.

لذلك كان موضوع التوافق موضوعا صراعيا فى حد ذاته بالنسبه لعالم النفس لكى يدرس علم النفس موضوع التوافق أى النحو الذى يكون عليه الانسان فى حركته لابد وأن يقدر قابليته للتأثر والتأثير، وامكانيات مجاله للتأثر والتأثير.

بعبارة أخرى أن التوافق هو نتاج قوى متصارعة بين الفرد وبيئته، لمكانياته والفرص المتاحة له فى بيئته ولا يمكن لعالم النفس أن يدرس الانسان لن لم ينظر إلى التوافق باعتباره لحظه أتزان بين الجانبين.

التوافق عملية مستمرة:

تتضمن الحياة القيام بعملية التوافق بصفة مستمرة فحينما يشعر الكائن بدافع معين فانه يقوم عاده بنشاط يؤدى إلى أشباع هذا الدافع وهذا النشاط الذى يقوم به الكائن الحى ويؤدى إلى اشباع الدافع هو ما نسميه عاده بالتوافق، فالكائن الحى يشعر بالجوع ويدفعه ذلك إلى البحث عن الطعام ليشبع دافع الجوع وليعيد إلى أنسجته طاقتها المستهلكة. وهو يشعر بالعطش ويدفعه ذلك إلى شرب الماء ليشبع دافع العطش ويقى انسجته من التلف وقد يشعر أحيانا بالبرد القارس فيسعى إلى التماس الدفء ويشعر لحياناً بالحرارة الشديدة فيسعى إلى التماس الجو المعتدل المريح..... وهكذا تتضمن حياة الكائن الحى توافقا مستمرا، وما دام الكائن الحى قادرا على القيام بهذا التوافق فهو يستطيع الحياة والبقاء. أما اذا عجز عن القيام بهذا التوافق فهو لا شك سيلقى الموت والفناء.

وقد تكون عملية التوافق فى بعض الأحيان امرا سهلا يقوم به الكائن الحى دون مشقة.

فقد يشعر بالجوع ويجد الطعام فى متناول يده دون بذل أى مجهود. وقد تكون عملية التوافق فى كثير من الاحيان الأخرى أمرا شاقا فقد لا يجد الكائن الحى الطعام متيسرا فى الاماكن المألوفه له فيحتاج إلى كثير من السعى والبحث فى أماكن جديدة لم يألفها من قبل حتى ينتهى به الامر إلى العثور على الطعام بعد جهد ومشقة.

ولا يتوافق الانسان فقط للتغييرات التى تحدث فى داخل بدنه بل أنه يتوافق أيضا لكثير من المؤثرات التى تطرأ عليه من البيئه التى يعيش فيها. فالانسان يعيش فى بيئة طبيعية معينة، وفى مجتمع خاص له حضارته وعاداته وتقاليده الخاصة ويتفاعل الانسان دائما مع البيئة التى يعيش فيها فهو يتأثر بها ويؤثر فيها وليست حياة الانسان فى الواقع إلا سلسلة متصلة من التوافق مع البيئة التى يعيش فيها. وظروف الحياة فى تقلب وتغير دائمين، ولذلك يضطر الكائن الحى إلى أن يعدل استجاباته أو يغير نشاطه كلما تغيرت ظروف البيئة التى يعيش فيها. أو قد يضطر أحيانا إلى احداث تغيير فى البيئة، فاذا وجد الانسان مثلا أن مهنته لا تدر عليه ما يكفيه من الرزق فانه قد يلجأ إلى تعلم مهنة

أخرى أكثر رواجاً، وبذلك يستطيع أن يزيد دخله وأن يحي حياة أفضل من حياته السابقة وهذا مثال لعملية التوافق التى تعتمد على تغيير الانسان لاستجاباته ولنشاطه.

أما اذا ساءت الحالة الاقتصادية فى بلد ما وتعذر على الانسان أن يعيش عيشة مريحة فقد يلجأ إلى الهجرة إلى بلد آخر يكثر فيه الرزق وتتوافر فيه وسائل المعيشة، وهذا مثال يبين كيف يمكن أن يتم التوافق باحداث تغيير فى البيئة.

وقد لا يحتاج الانسان إلى تغيير البيئة تغييراً كاملاً كما يحدث فى حالات الهجرة وانما قد يكتفى باحداث بعض التغيير فى البيئه ذاتها ومن هذا القبيل بناء المساكن لاتقاء الحر والبرد، واقامه السدود والخزانات لحجز مياه الأمطار واستخدامها فى الزراعة.

ولكن الانسان لا يحتاج فقط إلى التوافق بأشباع دوافعه البيولوجية بل أنه يحتاج أيضا إلى التوافق بأشباع كثير من الدوافع الاجتماعية التى تنشأ عن الحضارة والمجتمع والتفاعل الانسانى. بل أن عملية التوافق الخاصة باشباع هذه الدوافع الاجتماعية لأكثر تعقيدا وأعظم خطرا فى حياة الانسان. فالأسرة تكفل لأطفالها فى الغالب ما يحتاجون اليه من طعام وماء وملابس ومأوى. ولكن ليس ذلك هو كل

ـ يحتاج اليه الأطفال فهم يحتاجون أيضا الى العطف والحب واستحسان الناس لهم وأعجابهم بهم، كما يحتاجون إلى الشعور بالامن والطمانينة.

وهم يرغبون أيضا فى التفوق على أقرانهم، ويشعرون أحيانا بالرغبه فى الأستقلال، أو الرغبة فى الزعامة والسيطرة على الغير، فهذه أمثله من الدوافع الاجتماعية الكثيره التى يشعر بها الأطفال والتى يحتاجون إلى أشباعها.

وليس أشباع هذه الدوافع الاجتماعية فى كثير من الأحيان بالأمر الهين، ومن هنا ينشأ كثير من مشكلات التوافق عند كثير من الافراد الذين يعجزون لسبب ما عن أشباع بعض دوافعهم ورغباتهم. (٩) (٣٢) (٥٠) (٥١)

أبعاد التوافق:

إن كل مجالات الحياة التى تفرع إليها علم النفس يمكن النظر اليها من زاويه التوافق أو عدم التوافق فهناك التوافق الحسى الحركى وتوافق عالمى العقل والواقع (التربوى والمهنى والاجتماعى والصحى والنفسى) حيث كل مواقف الحياة فى جميع مجالاتها التى تثير سلوكنا

تتطلب منا التوافق، وشخصيتنا التي هي نتاج خبرتنا بهذه المواقف هي التي تدرك وتستجيب بتوافق أو عدم توافق.

وبما أن الفرد انما هو وحدة جسمية نفسية اجتماعية لذلك نلاحظ أن البناء البيولوجي انما يؤثر في الشخصية، وفي عمليه التوافق، كما تؤثر فيها الظروف الاجتماعية التي عاشها الفرد وعلى هذا فاننا سنناقش عملية التوافق من خلال عرضنا لبعض التعريفات في ضوء ثلاث مستويات رئيسية: -

١- المستوى البيولوجي.
٢- المستوى الاجتماعي.
٣- المستوى السيكولوجي.

التوافق على المستوى البيولوجي:

يشترك لورانس مع شوبين في القول أن الكائنات الحية تميل إلى أن تغير من أوجه نشاطها في استجاباتها للظروف المتغيرة في بيئاتها، ذلك أن تغير الظروف ينبغي أن يقابله تغيير وتعديل في السلوك بمعنى أنه ينبغي على الكائن الحي أن يجد طرقاً جديدة لاشباع رغباته والا كان الموت حليفه، أي أن التوافق هنا إنما هو عملية تتسم بالمرونة Flexbility والتوافق المستمر مع الظروف المتغيرة.

ومن التعريف السابق نلاحظ أن:

١- عملية التوافق انما تتسم بالمرونة مع الظروف المتغيرة، أى أن هناك ادراك لطبيعة العلاقة الدينامية المستمرة بين الفرد والبيئة.

٢ - أن الانسان يقوم طوال حياته بعملية التوافق، وهى عملية دائمة مستمرة ومتصلة.

التوافق على المستوى الاجتماعى:

يقول لورانس شافر "أن الحياة إنما هى سلسلة من عمليات التوافق التى يعدل فيها الفرد سلوكه فى سبيل الاستجابه للموقف المركب الذى ينتج عن حاجاته وقدرته على اشباع هذه الحاجات، ولكى يكون الانسان سويا ينبغى أن يكون توافقه مرنا، وينبغى أن تكون لديه القدرة على استجابات منوعه تلائم المواقف وتنجح فى تحقيق دوافعه.

- ويرى روش Rush أن الشخص المتوافق هو الذى يسلك وفقا للأساليب الثقافية السائدة فى مجتمعه، فالفرد الذى ينتقل من الريف إلى المدينة، ينبغى عليه أن يساير أساليب الحياة فى المجتمع الجديد، والا نبذته البيئة الجديدة، وعليه أن يدرك أن محور العلاقات الاجتماعية فى المدينة هو "أنا" وليس " نحن" وعلى هذا ينبغى أن يكون أساليب الفرد أكثر مرونة مع قابلية شديدة للتشكيل وفقا للمعايير الثقافيه السائده فى

بيئته، وهو لذا ما توافرت فيه هذه السمات، فانه يكون شخصاً متوافقاً توافقا حسنا، إلا أنه من الملاحظ أن هناك فروقا فى سرعة التوافق بين الأفراد، ترجع إلى الفروق الفردية، وبالتالى إلى الفروق الثقافية وهذا بطبيعة الحال ينطبق على الأفراد الذين يهاجرون من مجتمع لاخر.

وقد حدد كل من وود ورث، ودونالد Wood Warth & Donald أن الفرد يتوافق فى علاقاته مع البيئه بأن يحدث تغييراً للأحسن.

بقدر المستطاع وذلك أن التوافق للبيئة إنما يتضمن تغيرات فى البيئة نفسها، أو تغييرات فى علاقات الفرد بها. كما أن سوء التوافق يرجع – إلى حد كبير – إلى الصراع بين الدوافع أو إلى إحباطها.

فالتوافق هنا إنما يعنى علاقة حسنة بين الفرد والبيئة هو تغيير للأحسن، كما يمكن النظر إلى التوافق العام على أنه طريقة الفرد الخاصة والغالبة فى حل مشاكله وفى تعامله مع الناس، ذلك أن كل سلوك يصدر عن الفرد ما هو الا نوع من التكيف، فالفرد يولد مزود بأنواع شتى من الاستعدادات الجسميه والعصبيه والنفسية، وهذه كلها تحتاج لشذب وتهذيب، وتقوم الأسرة بجزء، ويقوم الاتصال والاحتكاك

بالمجتمع بالجزء الاخر، أى أن البيئة تقدم المادة الخام وتقدم الثقافة القيم والمعايير .

كما تقوم الأسرة بعملية التطبيع الاجتماعى Socialization وخلال هذا التفاعل Interaction وبفضله تتعدل دوافع الفرد ويتكون ضميره ويكتسب خبرات ومعلومات ومهارات وعواطف واهتمامات ويتخذ قيما ومعتقدات واتجاهات وسمات خلقية شتى كما يقلع عن عادات واتجاهات وسمات أخرى. وفى أثناء النمو يتخذ الفرد منذ عهد مبكر من حياته أسلوب خاص فى تعامله مع الناس وفى حل مشكلاته، هذا الأسلوب إنما هو التوافق العام.

ومن التعريفات السابقة نلاحظ أن التوافق على المستوى الاجتماعى هو:-

عملية دينامية، وفى هذا ادراك لطبيعة العلاقة الدينامية بين الفرد والبيئة والناشئة عن عملية التغير المستمر ككل من الفرد والبيئة.

أن عملية التوافق انما هى أسلوب الفرد، وأن هذا الأسلوب يشترك فى تكوينه البيئة وعملية التطبيع الاجتماعى.

التوافق على المستوى السيكولوجي :

يقول مورار وكلاكهون Muror And Klluckhon أن الكائنات الحية تميل إلى أن تحتفظ بحالة من الاتزان الداخلي، الا أن الصراع صفة ملازمة لكل سلوك، أى أن كل فعل مهما كان مريحا فانه يشمل بعض التضحيات أو الخسارة فلا يمكن أن تحدث صورة من صور التوافق (خفض التوتر) Tension Reduction إلا ويكون هناك نوع من انعدام التوافق "زيادة التوتر" ولا تتعارض هذه الحقيقة بأى حال - مع الافتراض القائل بأن الكائنات الحية تميل إلى أن تنتقى أشكال التوافق التى لا تحمل الا أقل صراع ممكن أى التى تؤدى إلى أقصى تكامل.

ويعرف سميث Smith التوافق السوى بأنه : "اعتدال فى الاشباع، اشباع عام للشخص عامة، لا اشباع لدافع واحد شديد على حساب دوافع أخرى، والشخص المتوافق توافقاً ضعيفا هو الشخص غير الواقعى وغير المشبع بل والشخص المحبط الذى يميل إلى التضحية بأهتمامات الاخرين كما يميل إلى التضحيه باهتماماته. أما الشخص حسن التوافق فهو الذى يستطيع أن يقابل العقبات والصراعات بطريقة بناءة تحقق له اشباع حاجاته، ولا تعوق قدرته على الانتاج أى أن "سميث" يرى أن توافق الفرد يعنى توافر قدر من الرضا القائم على

أساس واقعى. كما يؤدى على المدى الطويل إلى التقليل من الاحباط، والقلق، والتوتر الذى قد يتعرض له الفرد. ويقوم التوافق الفردى كذلك على تحقيق نوع من الرضا العام بالنسبه للشخص ككل، أكثر من استناده إلى اشباع دافع معين على حساب الدوافع الأخرى، كما يقوم كذلك على تحقيق التوافق مع الاخرين ويمكن أن يتصف الشخص غير المتوافق بأنه شخص غير واقعى، يعانى احباطا يهتم فقط باشباع رغباته الخاصة.

ومفهوم التوافق عند "شوبين" هو السلوك المتكامل، ذلك السلوك الذى يحقق للفرد أقصى حد من الاستغلال للامكانيات الرمزية والاجتماعية التى ينفرد بها الانسان، فالانسان يتميز بميزتين ينفرد بهما عن الحيوانات وهى القدرة الهائلة على استخدام الرموز، واعتماده فى مرحلة الطفولة على الغير وهذا يؤدى إلى بقائه واشباع حاجاته، وفى مرحلة الرشد يتقبل المسئولية ويشبع حاجات الغير، وهذا التوافق يتميز بالضبط الذاتى Self Control والتقدير للمسئولية الشخصية والاجتماعية.

ويصف "شوبين" هذا التوافق بأنه توافق ايجابى، وفى ضوئه حدد الانسان السوى بأنه هو الانسان الذى يتعلم ارجاء الاشباع العاجل

فى سبيل ما سيحققه من اشباع آجل .. أى أنه يعنى به الفرد الذى يتمتع بالنضج الانفعالى.

ونلاحظ من التعريفات على المستوى السيكولوجى:

إن هناك ادراك لطبيعة العلاقات الصراعية التى يعيشها الفرد فى علاقاته الاجتماعية والبيئية، وأن هذا الصراع يتولد معه توتر وقلق، وأن هذه انما هى تجربه يخشاها الانسان لذلك فان توافق الفرد انما يهدف إلى خفض التوتر وازالة أسباب القلق.

إن الانسان الفرد يرغب فى اشباع دوافعه وأن هذا الاشباع يعتمد على البيئة، ولكن لا نستطيع أن نشبع رغباتنا كلها. انما نحاول أن نشبع بعضها وعلينا أن لا يطغى أشباع دوافع معينه على بقيه الدوافع، حتى يتحقق التوافق بل ويتحقق التكامل الذى يسمح للانسان بتحقيق أقصى قدر من استغلال امكانيات الرمزية والاجتماعية ... (٩) (٢٣) (٥٠) (٥١).

وبعد هذا العرض السابق للتعريفات المتعددة والتى عرضناها فى ضوء ثلاث مستويات نستطيع القول بأن التوافق عملية معقدة إلى كبير ، تتضمن عوامل جسمية ونفسية واجتماعية.

تحليل عملية التوافق:

تبدأ عملية التوافق بوجود دافع أو رغبة معينه تدفع الانسان وتوجه سلوكه نحو غايه معينة أو هدف خاص يشبع هذا الدافع. ثم يظهر عائق ما يعترض سبيل الكائن الحى من الوصول إلى هدفه وعندما يعاق الكائن الحى من الوصول إلى هدفه ويحبط إشباع دافعه يأخذ فى القيام بكثير من الاعمال والحركات المختلفة، لمحاولة التغلب على هذا العائق والوصول إلى هدفه. وبالوصول إلى الهدف الذى يشبع الدافع تتم عملية التوافق.

وعلى هذا الأساس فالخطوات الرئيسية فى عملية التوافق هى:

١- وجود دافع يدفع الانسان إلى هدف خاص.

٢- وجود عائق يمنع من الوصول إلى الهدف ويحبط اشباع الدافع.

٣- قيام الانسان بأعمال وحركات كثيرة للتغلب على العائق.

٤- الوصول أخيرا إلى حل يمكن من التغلب على العائق ويؤدى إلى الوصول إلى الهدف واشباع الدافع.

غير أن عملية التوافق لا تتم دائما بهذا النظام وهو الذى يؤدى إلى التغلب على العائق وإلى حل المشكلة، فقد نشاهد أحيانا بعض الناس يعجزون عن حل مشكلاتهم ولا يستطيعون أن يتغلبوا على العوائق التى

تعترضهم، فيتجنبون هذه العوائق ويؤدى ذلك إلى ابتعادهم عن أهدافهم الأصلية ويعانون من الاحباط.

الإحباط والصراع والصحة النفسية

إن المقصود بالاحباط "أى نشاط هادف مع عدم بلوغ الهدف نتيجة لوجود عائق وما يتبع ذلك من آثار حركية ووجدانية نتيجة الشعور بالهزيمة والفشل وخيبة الأمل.

فقط يحبط الفرد نشاطه الغريزى نتيجة العوائق الخارجية فيؤجل تحقيق دوافعه حتى تجيء الفرصه، أو يتسامى بها فيحققها معدلة تحقيقا بديلا، أو يتحدى العالم الخارجي، ويحقق دوافعه بعنف وعدوان، أو يرتد " لليبيدو" إلى مراحل صبيانية، أو تكون عوامل الاحباط داخلية فيحول الأنا الأعلى دون تحقيق رغبات الفرد.

ويمكننا أن نقارن الاحباط بحائط ترتطم به قوة نفسية تتحرك إلى الأمام بحيث تضطر إلى العودة القهقرى. إن عملية العودة القهقرى هذه نسميها (النكوص) ويستمر هذا النكوص عودا إلى تلك المناطق المهجورة من مناطق النمو السابق والتى تمارس قوة جذب مميزة وتناظر قوة الجذب المستمرة هذه "التثبيت" وليس السبب الفعلى أو الاحباط هو المسئول عن نمط العصاب، ومن ثم يكون له طابع العامل الاستعدادى المهيىء". (٦٣)

وفى المثال السابق يتضح أن حل الصراع لم يتم بطريقة صحية تتسم بالسواء النفسي ..

إن استجابة الفرد للاحباط الخارجي يمكن أن تكون سويه كما يمكن أن تكون عصابيه، وفى كلتا الحالتين يجد الفرد نفسه فى لحظه الاحباط فى موقف عدائى نحو الواقع المحبط، وفى هذه الحاله نقول أن الفرد وقع فى صراع فعلى، إلا أنه لا يمكن وصف هذا بأنه " موقف عصابى" طالما كان الشخص المعنى فى موقف يمكنه من حل الصراع الخارجي بطريقة تتفق مع الواقع، فقد يستطيع مثلا أن يطوع العالم الخارجى لحاجاته أو أن يتحمل الاحباط عندما لا يكون ذلك ممكنا، بعبارة أخرى يتنازل عن الرغبة. ولذ ذلك يصبح حرا فى البحث عن امكانات جديدة للاشباع وعندما تصبح هذه الحلول غير ممكنة، أى عندما يصبح الصراع الفعلى مع العالم الخارجي عصيا عن الحل بالنسبه للفرد، لا ذلك احسب يصبح الاحباط الخارجي " احباطا داخليا ونصبح بازاء دائرة مغلقة ذلك أن العجز عن حل صراع داخلى كان مشروطا منذ بدايته بدوافع داخلية، إن الاحباط الخارجي فى ذاته لا يؤدى بالضرورة إلى احداث تأثير مرضى، ولكن عندما ينتقل مسار الصراع الخارجي مع العالم الخارجي إلى العالم الداخلى ينشأ الصراع الداخلى أى " انسحاب" أن الانسان وقد خاب أمله فى العالم الخارجى،

يجد نفسه مضطرا للبحث عن اشباع بديل، عن طريق النكوص المألوف.

وعلى هذا فالذى يجعل الصراع الفعلى المرتهن بالواقع، صراعا عصابيا هو العجز الذاتى عن حله . على أن هذا العجز عن الحل هو ذاته تعبير عن اتجاه عصابى حيال العالم الخارجى، كما أنه يؤدى إلى تحول الاحباط الفعلى إلى صراع عصابى. الا أنه بالرغم من ذلك لا يؤدى بالضرورة إلى تكوين أعراض، فهى إما أن تأخذ طابع الحداد على الخسارة الخارجية التى لم يكن من الممكن مغالبتها، أو انها تحمل طابع العجز الداخلى عن الجسم الذى يكون نتيجه نضال لم يتم حسمه بين نفسيين، أى بين التيارين الانفعاليين للصراع الوجدانى الثنائى، أو بين دفعة غريزية وتحريم داخلى...

وباختصار عندما يصبح من غير الممكن حل صراع فعلى بصورة سوية، نتيجة عجز عن التكيف، فإن الأنا غالبا ما يقوم بجهود تشنجية يائسة للوصول إلى حل وسط قبل أن يسلم الليبدو لمسارات النكوص الأعمق غورا، وهذا الحل يتم اذ ذاك بطابع شخصى تماما، أما اذا كان مصير ذلك الجهد الاخفاق فان الصراع العصابى لا يلبث أن يعقبه. (٦٣)



الفصل الثانى

التربية الوجدانية والصحة النفسية للطفل



مقدمة

لعله من المسلم به أن لكل بنيان أساس يقوم عليه ويوطد دعائمه، وأن لكل نبات بذرة يبزغ وينمو من خلالها، كذلك فإن الطفولة هى الأساس وهى أيضا البذرة لما يليها من مراحل عمرية مختلفة. لذا فإنه لتحقيق مستقبل أي مجتمع من المجتمعات يتسم بالحضارية والتطور فإن ذلك يعنى الاهتمام بشكل خاص بأفراد هذا المجتمع وبشكل أكثر خصوصية بأطفاله.

فالطفل هو بحق ثروة كل أمة وعدتها للمستقبل، والاستثمار الناجح يعتمد على العديد من الجوانب،و أهمها على الإطلاق هو الإنسان، منذ نعومة أظافره،فهو القاعدة الأساسية التى ترسي عليها دعائم تقدم أى مجتمع. خاصة وأن الطفولة تشكل اليوم نصف عدد السكان تقريباً فى مجتمعنا ولذا بات من الضرورى العمل على بلورة أفضل الطرق والأساليب التى تسهم فى تحقيق هذا الاستثمار الناجح والفعال لعالم الطفولة ذلك العالم الذى هو فى أساسه جوهر التنمية الشاملة المنبع الرئيسى الذى تتفرع عنه روافد البناء والتقدم.

هكذا نجد أن مرحلة الطفولة قد حظيت باهتمام واضح من كل العلماء والباحثين فى الآونة الأخيرة، وقد بدا ذلك جليا من خلال الزيادة المطردة فى كم وكيف المقالات والبحوث والرسائل الجامعية، بالإضافة إلى الازدياد الملحوظ فى عدد المجلات العلمية والمؤتمرات الدولية. حيث عمل العديد من العلماء فى العديد من الميادين (بيولوجياً– اجتماعياً – نفسياً.......) على التطرق إلى

الطفولة باعتبارها أحد المراحل الثمانية الهامة من مراحل العمر الإنسانى محاولين بذلك الكشف عن القوانين التى تحكم تطورها علنا نصل إلى أفضل الطرق التى تمكننا من تدعيم أسس الشخصية الإيجابية منذ تلك المراحل المبكرة بهدف الوصول إلى أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية للطفل، والتى من شأنها أن تؤهله لأن يكون عنصرا فعالا لمجتمعه فى المستقبل.

وعندما نتطرق إلى هدفنا نحو التركيز على العناية والاهتمام بمرحلة الطفولة، نجدنا نشير بل نؤكد على أن مرحلة الطفولة هى المرحلة العمرية الحاسمة فى الحياة المستقبلية لأى فرد حيث تمثل الأساس الذى ترسى عليه دعائم بناء شخصيته كى تخرج إلى المجتمع إما شخصية سلبية هدامة، أو فى المقابل تخرج شخصية إيجابية تتمتع بكل ما يمكن أن يدفع عجلة تقدم المجتمع، ويحضرنا هنا قول "صلاح مخيمر" وقد سبق "فرويد Fruied" من أن "الطفل هو أب للرجل" بمعنى أنه إن كان لنا أن ننشأ رجلاً ناضجا سويا فلابد لنا أولا أن ننشأ طفلاً سوياً. في حين أن "فرويد" كان نادراً ما يدرس صغار الأطفال مباشرة، وإنما كان يفضل إعادة صياغة ماضى الشخص عن طريق الأدلة التى تقدمها ذكرياته فى رشده.

وعلى هذا النحو تتحدد أهداف الورقة الحالية فى السعى نحو الرد على التساؤلات التالية:

- ما هى أهمية العناية بالطفولة عامة وبانفعالاتها خاصة؟
- هل يتطور السلوك المضطرب لدى الطفل عبر مراحله المختلفة؟

- ما هو دور العوامل الاجتماعية المتمثلة فيما يتعرض له الطفل من المؤسسات التربوية بشكل مقصود أو غير مقصود في العمل على نشأة و تطور الاضطراب لدى الطفل؟

- ما دور الإحباطات والخبرات الذاتية التى يدركها الطفل فى علاقته المتنوعة فى تشكيل اضطراباته؟

- ما هى الحاجات الانفعالية الأساسية التى يساعد إشباعها فى تشكيل شخصية تتسم بالسواء، وهل هناك دور لفقدان الطفل الحب والحماية والاحتضان فى تشكيل نمط شخصيته؟

- هل العامل الوراثى فقط هو الذى يعد للمجتمع نمط شخصية الإنسان الذى سيخرج إليه أم أن هناك عوامل أخرى تتدخل معه؟

- هل يمكننا اتخاذ توجهات إيجابية نحو وقاية الطفل من سقوطه بين براثن المرض والاضطراب النفسى؟

- هل يمكننا اتخاذ إجراءات علاجية تناسب الطفل إذا ما سقط بالفعل بين براثن المرض والاضطراب؟

وبالإجابة على التساؤلات السابقة تتحقق أهداف الورقة الحالية، والتى من خلالها تتأكد لنا أهمية الطفولة من ناحية، وأهمية التربية الوجدانية السوية لأجل بناء طفولة تتسم بالصحة النفسية لمجتمع يتسم تبعا لذلك بالصحة النفسية من ناحية أخرى، باتخاذ إجراءات سوية ناجحة تيسر نمواً سوياً للطفل، ومن شأن هذا أن يهيئ مجتمعاً يمضى على طريق التقدم والحضارية والسواء. على هذا النحو تظهر ضرورة الاهتمام بعملية التنشئة المبكرة للطفل وتربيته وجدانيا بشكل سليم منذ مرحلة مبكرة بما يحقق له مستوى

أفضل فى الصحة النفسية فليس الإنسان جسد فقط ولكنه جسد وروح متكاملان، فكما يتغذى الجسد، فإنه حتماً من تغذية الروح ذلك الغذاء الذى يعتمد بشكل رئيسى على إشباع العاطفة والوجدان والذى قوامه إشباع رغبة الطفل إلى الحب والدفء والأمان.

وهذا ما أكده عثمان حمود الخضر (٢٠٠٢) حينما قال (أن النظرة الحديثة للوجدان تعترف بأهميته المتذايدة فى حياة الانسان ، بل هى عمليات متداخلة مكملة لبعضها البعض ، فالجانب المعرفى لدى الانسان يسهم إيجابيا فى العملية الوجدانية من خلال تفسير الموقف الانفعالى ، وترميزه ، وتسميته ... ومن الممكن أن يسهم الوجدان فى ترشيد التفكير ، فالمزاج الايجابى ينشط الابداع وحل المشكلات ... ودرجة تفاؤل أو تشاؤم الفرد تنعكس على رؤيته وتقيمه لذاته وللموقف من حوله ، من حيث صحته أو قدرته على إجتياز المواقف الصعبة ...) .

وبذلك فإن التربية الوجدانية للطفل هى هدف رئيسى إن لم تكن الهدف الأول لأجل تحقيق الصحة النفسية له.

الطفل هو الهدف الأول للتربية

لاشك أن الفرد الذى يحيا طفولته بشكل يتسم بالإشباع لحاجاته من الحب والاطمئنان نجده يحس العالم من حوله مكانا آمنا دافئا يحتضنه، وليس مكانا مخيفا باردا يعاديه.

ولعل من القواعد المتفق عليها أن الصحة النفسية إنما تستمد أصولها من العلاقة الدافئة الوثيقة والدائمة التى توطد الفرد بالآخرين، وأن حرمان الطفل من هذه العلاقة يكون سببا فى

اضطرابه النفسى . فالعالم الذى قد يتشكل فى إحساس الطفل إما أن يكون دافئا فيوفر له الحب والعطف والاطمئنان، أو يتشــكل لديــه بارداً ، مثيراً فى نفسه الخوف والرهبة يتجسد فيما يتعرض له من مواقف وخبرات متنوعة فى ظل المؤسسات المختلفة التى يحيا فى ظلها من خلال عمليتى التأثر والامتصاص لما يحيط بالطفل مــن خصائص وسمات مما يساعده فى توجيه وتثبيــت نمــوه العقلــى المعرفى، ونضجه الوجدانى والنفسى والاجتماعى فيما بعد، والذى يتوقع أن يكون متلائما مع ثقافة المجتمع الذى ينتمى إليه هذا الطفل لكى يشب قادراً ومؤهلاً للعيش فيه كمواطنــاً صــالحاً متوافقــاً، يستطيع أن يعى ويشارك ويساهم ويألف ويتآلف مــع الآخــرين، يمتص كل ما هو إيجابى ومقبول من العقيدة والمجتمع، ويطرد عن نفسه كل ما هو سلبى ومرفوض.

والتربية بشكل رئيسى هى عملية تفاعل دينامية متبادلة بين الفرد وبيئته الفيزيقية و الاجتماعية حيث تقوم بتزويــد الأطفــال بالخبرات التى تجعل من هــذه العمليــة عمليــة حيــاة (LIFE OPERATION) ، وبهذا تدريجيا تزداد خصوبة خبراته وتجاربه وذلك لتحقيق التوافق بين هذا الكائن الصغير من ناحيــة، والقــيم والاتجاهات التى تفرضها البيئة المحيطة تبعا لدرجة التطور مــن ناحية ثانية، وبذلك نجد أن التربية ترمى إلى تحقيق أهدافها خارج إطار شخصية الفرد حيث ترمى إلى تعميم خبرات الطفــل وحثــه ومساعدته دائما على توسيع أفاقه الاجتماعية والعقلية والخلقية.. من

الأسرة إلى المدرسة إلى المجتمع المحلى، ومن ثم إلـــى المجتمـــع العالمى.

فالشخصية تبعا لذلك تتطور استجابة لأربعة مصادر رئيسية للتوتر، وهى:

أ- عمليات النمو الفسيولوجى. ب- الإحباطات.

ج- الصراعات د- التهديدات.

وكنتيجة مباشرة لتزايد التوتر الناتج من هذه المصادر يجد الفرد نفسه ملزماً بتعلم أساليب جديدة لخفض التوتر، وهذا التعلم هو المقصود ببناء وتطور الشخصية.

ولعل الهدف الاسمى والأول للتربية بذلك هو مساعدة الطفل خاصة والشخصية الإنسانية عامة على أن تنمـــو نمـــوا انفعاليـــا واجتماعيا سويا يحررها من كل ما تحمله من كراهيـــة وأحقـــاد، وشرور، وآثام... الخ، وكل ما هو سلبى يرفضه المجتمع، وتنبذه العقيدة، وأيضا تدريبه على كيفية المواجهة السوية لتواترته، كذلك فإن التربية السليمة للأفراد شرطا أساسيا لتحقيق السلام العـــالمى، وخلق لغة تفاهم عالمية تسود بين الأفراد، هؤلاء الأفراد الذين هـــم فى أساسهم كانوا أطفالا للمجتمعات لذا كان الطفل هـــو المحـــور والهدف الأول للتربية عامة والتربية الوجدانية بشكل خاص، والتى تبث تأثيراتها تبعاً لذلك إلى المجتمع بأسره.

وفى إطار ذلك يجـــب إدراك أن الطفـــل كـــائن مســـتقل، والتعامل معه على هذا النحو، على الأقل من الناحيـــة الوظيفيـــة، ولهذا فإن كان من الضرورى تربيته وإعداده للمستقبل وللمجتمـــع،

فإنه من المفيد كذلك تربيته وإعداده لذاته، أى معاملته كونه طفلا له طبيعته وله حقوق تفرضها طفولته .

ولكى تحقق التربية ما ترمى إليه فلابد أن تكون الخبـرات التى يتعرض لها الطفل من النوع الذى لا يكون شاذا أو غريبا عن مواقف الحياة الفعلية، فمن القضايا المسلم بها صحة المبـدأ الـذى ينص على أن التربية لكى تحقق غايتها للفرد، وللمجتمع ينبغى أن تؤسس على الخبرة ، بمعنى أصح على خبرة الحياة الواقعية التـى يحياها الفرد. وذلك حتى لا يصطدم الطفل بالواقع الخـارجى فـى مجتمعه والمجتمعات الأخرى إذا ما أصبح عليه مواجهتها.

وبذلك فإن التربية فى تداركها للطفل باعتباره الهدف الأول لها لابد أن تأخذ فى اعتبارها هدفا مزدوجاً، يؤمن بالطفل باعتباره كائنا مستقلا له شخصيته وذاته المتفردة، كما يؤمن بأهمية الخبرات التى يتزود بها، وارتباطها الوثيق بحاضر الطفل ومستقبله، حتـى تصبح التربية عملية إنماء وتشكيل شاملة ومتكاملة فى ذات الوقت لشخصيته عبر المراحل المختلفة والمتتابعة أيضاً لدورة النمو.

وتشمل التربية العمليات التى تكفل كفاءة الحياة فهى عملية توافق أو تكييف ومن هنا يلزم أولا وقبل كل شئ ضبط الوسـائل التى يستطيع بها الفرد أن يتوافق بأفضل أسـلوب متـاح، وتبعـا لإمكانياته مع البيئة التى يحيا فى ظلها والتى تـنعكس ممارسـاتها على شخصيته بشكل إيجابى أو سلبى ، تلك البيئة التى تتجسد فـى وجوده فى العديد من المؤسسات المنوطة بعملية التربية هذه عامـة والتربية الوجدانية خاصة.

المؤسسات المنوطة بالتربية الوجدانية والصحة النفسية للطفل

هناك العديد من المؤسسات التربوية والتنشئية ومنها الأسرة والروضة والمدرسة وجماعة الرفاق ووسائل الإعلام ودور العبادة وغيرها... التى تيسر فى إحداث إما تربية وجدانية سليمة أو سلبية للطفل.

وقد أشارت البحوث إلى أنه عندما توجد تباينات تولد صراعات بين الأفكار والمثل والمهارات التى تنقل عن طريق الأسرة فى مقابل ما ينتقل عن طريق الروضة أو المدرسة فإن تربية الطفل تميل إلى أن تصبح بطيئة وغير مؤكدة، ومن ناحية أخرى فإنه عندما تكون جميع تلك المؤسسات الإجتماعية متفقة ومتعاونة ومتوافقة ومتكاملة، فإن ذلك يقلل من الصراع والخلط عند الأطفال. لهذا لابد من التكامل بين هذه المؤسسات وأيضا التوافق حتى لا يحدث ازدواج أو تعارض فى أساليب التربية التى يتلقاها الطفل من هذه المؤسسات وما يحدثه من اضطراب فى تكوين شخصيته. وعلى رأس هذه المؤسسات نجد الأسرة ثم الروضة أو المدرسة ، فجماعة الرفاق ، ووسائل الإعلام ، والمجتمع الكلى...

أولا: الأسرة كعامل مهمين للتربية الوجدانية وأثرها على الصحة النفسية للطفل

والأسرة هى المؤسسة الأولى لتربية الطفل ويتضح دورها ومدى إسهامها من خلال :

١- اعتبارها بمثابة الرحم الثاني للطفل وأولى جماعات تربيته وتشكيل سلوكه :

حيث تقوم بعملية تربية الطفل منذ ميلاده الأول وخروجه من رحم أمه ولعلنا لا نبالغ إذا ما أشرنا إلى أنها تبدأ من قبل ميلاده، فمما لا شك فيه أن علاقة الأم بالعالم الخارجى أثناء الحمل يكون لها مردودها السلبى أو الإيجابى أو كليهما على الجنين، إلا أن هذه العلاقة تتضح للعيان والمحيطين بالطفل منذ ميلاده ومن ثم انتقاله إلى عالم أسرته التى يحتك الطفل بأفرادها بدءا من الأم، فالأب فالأخوة..، وبذلك تعد الأسرة بمثابة الرحم الثانى الذى يولد الطفل منه للمجتمع ميلاده الثانى بتكوينه وتطبيعه إجتماعيا كشخصية اجتماعية ثقافية تنتمى إلى مجتمع بعينه، وهى بذلك أيضا النواة الاولى للمجتمع الاجتماعى الذى يصادفه و يحتضنه . فهى تهيئ استعداداته البيولوجية والنفسية ليغدو لبنة صالحة وشخصية إنسانية متهيئة لعملية التنشئة الاجتماعية التى تكسبه ثقافة الجماعة ونظمها وحكمتها.

وكما ذهب "كولى Koli" فى وصفه الطبيعة الإنسانية للإنسان، عندما ذكر انه ليس من المبالغة القول بأنه كما يتشكل الوجود البيولوجى للجنين فى رحم أمه، فكذلك يتشكل الوجود الاجتماعى والواجدانى للطفل فى رحم أسرته. على ذلك تكون الأسرة هى الجماعة المرجعية التى يعتمد عليها الطفل فى تقييمه لسلوكه.

وهذا يتفق مع ما ذكره "مصطفى زيور" عن الوراثة السيكولوجية حيث يقول: (إن الوراثة فكرة لا شخصية يتقاسمها

الأجداد من الناحيتين، ولذلك لم يكن للمسئولية الشخصـــية وجـــود عملى.. فالتحليل النفسى فيؤكد التأثير المباشر للأباء فى أبنـــاءهم، أى نوع آخر من الوراثة يمكن أن نسميه الوراثـــة الســـيكولوجية) فالأباء السعداء والأسوياء يخرجون غالباً إلى المجتمع أبناءاً سعداء وأسوياء.

إذ ان الأسرة تعلم الطفل كيف يسلك لكى يتلائم ويتكيف معها، ومن ثم مع ثقافة المجتمع الأكبر، والتى تكون الأسرة جزءا منه، وهـــى التى تعد طفلها لدور الراشد الناضج فى المجتمـــع وتســـاعده فـــى تشكيل شخصيته بصفة عامة. لذا فإن الأسرة سواء قل عدد أفرادها أو كثر تعد بحق أولى جماعات تربية الطفل التي ينشأ في ظلها.

والإنسان خلق كائنا اجتماعيا بطبعه، لا يمكنـــه أن يعـــيش بمفرده بمعزل عن الآخرين، ويتوق إلى التواجـــد وســـط جماعـــة اجتماعية يتفاعل معها ويشاركها عملها وقيمها ومبادئها، ومن خلال مشاركته هذه الجماعة يتحول تدريجياً من مجرد كونه كائناً فطرياً تحكمه غرائزه إلى إنسان اجتماعى يستطيع العيش فى إطار بيئـــة اجتماعية ثقافية لها قواعدها وشرائعها وقيمها.

وتتكون معظم الأسر فى مجتمعاتنا الحديثة مـــن الأم والأب والأخوة والأخوات،.. ولعل الأم بالنسبة للطفل بمثابـــة الجماعـــة الاجتماعية الأولى التى يتفاعل معها منذ بداية حياتـــه، ثـــم ينتقـــل تدريجيا من التمركز حول هذه الجماعة الفردية المتمثلة فى أمه إلى الأفراد الآخرين من محيط أسرته كالأب، والأخوة،... ثم الأفـــراد

فى شارعه، فروضته، فمدرسته،.. الخ، وبذلك تتسع رؤيته للعـــالم من حوله.

هكذا تتطور شخصية الطفل – فى الظروف الملائمة – من حالة المركزية الذاتية التامة إلى القدرة والرغبـــة فـــى الاتصـــال بالآخر، لتشمل تدريجيا العلاقات الموضوعية الناضجة والتى تتمثل فى المقدرة على البذل والأخذ الانفعاليين، ويعمل الطفل علـــى أن يؤجل الكثير من نوازعه (الحب والعدوان) أو يتخلى عنها أو يغير وجهتها إذا أراد أن يصير كائناً اجتماعياً، كما يتعلم كيف يتقاســم ويتعاون لكى يعايش جماعة من الناس هى أعضاء أسرته، والحياة الأسرية تتضمن بالضرورة التخلى عن بعــض التفــرد والأنانيـــة الشخصية، وكذلك النزول عن الرغبات الشخصية لاسيما إذا كانت تتعارض وحاجات الغير، وقدرة الطفل على التكيف مـــع مطالـــب الحياة الأسرية تتوقف على مقدرته على تحمل الحرمـــان وكـــون الطفل عضواً فى الأسرة وإن كان يستدعى بعض التضحيات إلا أنه يحقق الذات و يكسبه الوعى والشعور بقيمته وذاته مع أفراد اسرته وغيرها من الفوائد التى لا تنفصل عنها الحياة الاجتماعية.

على هذا النحو عملت العديد من الدراسات على محو ظلال الشك التى قد تنتابنا حول أهمية الأسرة فى تشكيل وتطوير ســـلوك أطفالها.

فالأنماط السلوكية الأسرية هى التى تحدد ما سوف يفعلـــه الوليد البشرى فى مقتبل حياته أو ما يستطيع أن يفعله لكى يحصل على الإشباع والرضا، وعلى ذلك فإن الأسرة –خاصة الأم– هـــى

التى تكون و تشكل وتنمى شخصيته إما بشكل يحمله فـــى اتجــاه السواء والصحة النفسية، وإما فى اتجاه مناقض يبتعد به عن السواء والصحة النفسية ليقترب به من عالم الاضطراب والمرض النفسى. ولعل البداية الأولى للرعاية تكون فى الانتباه الجاد والإيجابى نحو انفعالات الطفل الصغير، والعمل على مقابلتها بالإشباعات الســوية والمناسبة عبر مراحل نموها بالشكل الذى يكفل لها نمواً سوياً فـــى نهاية الأمر.

ولكن ماذا نعنى بالانفعال؟

من الضرورى الإشارة إلى ذلك المفهوم حتى ندرك كونــه ليس جانبا فسيولوجيا فقط، فالانفعال هو ســلوك أو اســتجابة ذات صبغة وجدانية لها مثيراتها ومظاهرها ووظائفها التى يعمل الانفعال على تأديتها، ويعتبر الانفعال بوجه عام مظهراً لفقدان الاستقرار أو التوازن بين الفرد والبيئة، كما أنه فى الوقت ذاته وســيلة لإعــادة التوازن، وإذا كان هذا عن الانفعال ذاته، فإن المنبه المثير للانفعال هو مدركاً حسياً أو فكرة أو تصورا أو غير ذلك، كما يكون المثير للانفعال فى بعض الحالات داخلياً. ولكن مما يشار إليه أن الانفعال لا يتوقف على المنبه المثير له فحسب ولكن أيضا على الشــخص المنفعل وبيئته وتكوينه واســتعداده، ومزاجــه وحالتــه الصــحية والعصبية ودرجة توتره واتجاهاته الوجدانية، وخبراتــه الســابقة، ومعنى أو قيمة المنبه بالنسبة له، كما يتوقف على نشــاط الجهــاز العصبى عموماً، وعلى نشاط الغدد الصماء بالجسم وكيمياء الدماغ.

أما الانفعال من حيث هو استجابة فلــه جانــب وجــدانى شعورى ذاتى ،وهو إحساس الشخص المنفعل بانفعاله، و بالحالات العضوية المصاحبة، وجانب سلوكى متمثل فى أنــواع الســلوك الخارجى (بالحركات التعبيرية) ، لذا كانت ضرورة الانتبــاه إلــى انفعالات الإنسان عموماً، والطفل الصغير بصفة خاصة، فهى كما تثار من خلال مؤثرات داخلية فهى غالباً ما تثار كذلك من خــلال مؤثرات خارجية تلك المؤثرات التى تدعمها أو تمحوها سواء كانت تلك الانفعالات صادرة فى شكلها الإيجابى أو فى شكلها الســلبى، ومن هنا كانت أهمية الانتباه إلى تلك الانفعالات للعمل على تدعيم وتنمية ما هو إيجابى منها، أو تعديل ما هو سلبى منها. خاصة وأن انفعالات الطفل فى الطفولة المبكرة تتسم بعدة صفات بــات علــى الكبار إدراكها جيداً حتى يتمكنوا من التعامل معها بشكل مناســب وسليم مما ييسر للطفل النمو النفسى السليم، ولعل من هذه الصفات والتى تميز انفعالات الأطفال عن انفعالات الراشدين ما يلى:

١- قصيرة المدى: أى أنها تبدأ بسرعة وتنتهى بنفس الســرعة التــى بدأت بها.

٢- كثيراً ما تنتاب الطفل انفعالات عدة وهى لذلك تصبغ حياته بصــفة وجدانية مختلفة الألوان والآثار.

٣- متحولة المظهر: حيث لا يستقر الطفل فى انفعالاته على لون واحد فهو سرعان ما يضحك، ثم ما يلبث أن يبكى، فهو لــذلك يغضــب ليضحك، ويضحك ليخاف، وهكذا تشرق أسارير وجهه بالســرور والسعادة وفى عينيه دموع البكاء.

٤- حادة فى شدتها: حيث لا يميز الطفل فى ثورتـــه الانفعاليـــة بـــين الأمور التافهة والأمور المهمة، وقد ترجع تلك الحدة إلـــى ازديـــاد القيود التى قد تفرض على سلوكه من جراء تعاملـــه مـــع الكبـــار والصغار وكثرة المعوقات التى تحول دون تحقيق رغباته.

ولعل من الانفعالات التى تظهر لدى الطفل انفعال الغضب، وهو السلوك العدوانى-الإيجابى-وإحدى الوسائل التى يواجه بهـــا الطفل ما يعترضه من مواقف مشكلة. وايضـــا تظهـــر مخـــاوف الأطفال – وهو السلوك السلبى التراجعى – من الأماكن المرتفعـــة والأصوات العالية، والغرباء، والحيوانات، والظلام، والإصـــابات الجسيمة...، وتتفاوت مشاعر الأطفال إزاء من يخالطهم من الأفراد بين المحبة والكراهية، وتظهر الانفعالات المتمركزة حول الـــذات مثل الخجل، والإحساس بالذنب والشعور بـــالنقص ولـــوم الـــذات ومشاعر الثقة بالنفس ، والاتجاهات المختلفة نحو الذات. وتنشأ لدى الطفل كذلك إزاء من يخالطهم انفعالات الغيرة ولعل هذا الانفعـــال من الانفعالات الشائعة لدى الأطفال فى المرحلة المبكرة، ولابد من الانتباه كونه انفعال يرفض الطفل الاعتراف به ويحاول جاهـــداً أن يخفيه لأنه يزيد من شعوره بالنقص والمهانة، وكذلك كـــون هـــذا الانفعال يرتبط بشكل كبير بالنمو الانفعالى للطفل.

فالغيرة أحد العوامل الهامة فى كثير من مشكلات الأطفـــال اليومية، كالتخريب والغضب والأنانية وحـــب التملـــك والعـــدوان والتبول اللاإرادى وضعف الثقة بالنفس..... الخ، والغيـــرة ليســـت

سلوكاً ظاهرياً وإنما هى حالة انفعالية يشعر بها الطفـل داخليـة ، ولها مظاهر خارجية تيسر الاستدلال على الشعور الداخلى .
ومن هنا كانت أهمية الانتباه المبكر إليها للعمل على تداركها بشكل سليم وملائم للفرد والمجتمع على حد سواء.

ولما كانت الأسرة هى الحماية الأولى لغرس بذور التربيـة والراعى الأول لكافة جوانب نمو الطفل، وهـى كـذلك الجماعـة المرجعية لتشكيل سلوك الطفل وبناء شخصية. كان علينا التعرض إلى دور ذلك الهيكل البنائى المتكامل الذى يتضمن فى طياته ذلـك الكائن الصغير ألا وهو الطفل الذى يقضى فى أسرته بشكل يكـاد يكون كليا السنوات الأولى والحاسمة من حياته فى تكوين شخصيته وباقى حياته.

وقد أصبح من المعتقد السائد اليوم أن مشاكل الكبار النفسية من قلق وشراسة وشقاء فى الحياة الزوجية وما شابه ذلـك تعـود جذورها إلى السنين الأولى من العمر، وأن اضطرابات الشخصـية والمشاكل الاجتماعية من انحرافات المـراهقين وكثـرة الطـلاق، ومشاكل الزنا، والأنانية، وقلة الشرف، وفساد الضمير بل وحتـى الحروب كلها ترجع بذورها إلى السنين الثلاث أو الأربع الأولى من العمر. ولكى تنجز الأسرة هدف تكوين شخصية متزنة ، فإنه يجب أن تعلم الطفل كيف ومتى يمنع أو يعبر عن ميوله الفطرية، وكما نعلم فإن جميع الأطفال يبدأون منذ وقت مبكر فى إظهار بعض من الأنماط السلوكية غير اللائقة، ولكن الأسرة تبدأ فى وقـت مبكـر كذلك تعليم أطفالها كيف يكبحون هذه الاستجابات وكيف يعبـرون

عنها بصورة مقبولة وعلى ذلك فإن الأسرة هى الوكالة المسئولة عن تكوين ونمو الضبط الكامن لدى كل طفل، فعن طريق تعلم طرق الأكل، التبول، التعبير عن العدوان والحب، بالإضافة إلى أفعال كثيرة أخرى داخل الحدود الموضوعة بواسطة ثقافة المجتمع والعقيدة يتمكن الطفل من التحرك على الطريق إلى المرحلة التى تمكنه من الدخول بتفهم كامل إلى ثقافة ذلك المجتمع.

على هذا النحو يتشكل الكائن الإنسانى ليس كائناً عضوياً يحتاج إلى إشباع حاجاته العضوية فحسب، وإنما هو بالأحرى كائناً انفعالياً يحتاج كذلك إلى إشباع حاجاته الانفعالية بالشكل الذى يكفل تشكيل إنساناً سوياً متزناً انفعالياً يمضى فى مجتمعه على طريق التقدم والصيرورة راضياً عما تحمله ذاته من إمكانات وما يفرضه عليه مجتمعه من قيم ومعتقدات.

وهذا يتفق مع ما أكدته "كلمر برنجل BRENGEL" حيث تذكر أن الطفل كما له العديد من الحاجات العضوية الأولية الأساسية كذلك فهو له العديد من الحاجات الأخرى الانفعالية الثانوية، وكلا النوعين من الحاجات ينبغى أخذهما بعين الاعتبار إذا كنا نريد للطفل أن ينمو على نحو سليم فإشباع الحاجات الأولية مثل الغذاء والمأوى والملبس أمر ضرورى للبقاء أما الحاجات الثانوية فتضم حاجات الحب والأمن والخبرات الجديدة والثناء وتقدير اعتراف الآخرين والمسئولية.. الخ، أو كل جانب من هذه الحاجات ينبغى أن نفى به بطريقة متكاملة لا تعزل جوانبها عن بعضها فكوننا نشير إلى الحاجات العضوية بكونها الأولية فذلك لكونها

لازمة للبقاء العضوى الأولى للإنسان أما الحاجات الانفعالية فهى الثانوية فذلك لا يقلل قيمتها على الإطلاق بل قد يزيد قيمتها فى بعض الأحيان عن قيمة الحاجات الأولية.

ولعل ما يزيد من أهمية تلك الحاجات الانفعالية فى حياة الطفل كونها ترتبط بمراحل نموه الأولى والتى قد يؤدى تحقيق إشباعات انفعالية إما سوية أو غير سوية لها إلى تشكيل شخصية تتسم بالسواء والصحة النفسية أو عدم السواء والمرض النفسى والذى من شأنه أن يؤثر فى بناء تلك الشخصية بأسرها وبمختلف جوانبها فيما يلى من مراحل.

لذا نشير فيما يلى إلى تطور تلك الحاجات عبر المراحل المبكرة من حياة الطفل وما هو دور الأسرة فى تحقيق إشباعات وجدانية سوية وصحية للطفل خلالها، ولعل الدور الأوضح فى هذه المرحلة يكون للأم ومن ثم الأب.

٢- التنشئة الأسرية وتحقيق إشباعات سوية لتطور حاجات الطفل الانفعالية:

يحتاج الطفل فى نموه الانفعالى وباعتباره كائناً اجتماعياً إلى إشباع حاجات نفسية أساسية عنده، وتتأثر شخصيته تأثراً كبيرا بما يصيب هذه الحاجات أو بعضها من إهمال أو حرمان وتتأثر بصفة عامة بالأسلوب أو بالطريقة التى تواجه بها هذه الحاجات.

على هذا النحو فهى تتأثر كذلك بمراحل النمو التى يمر بها الطفل، حيث يمر كل طفل بسلسلة متتابعة من مراحل النمو، وخبرات الطفل فى هذه المراحل تحدد خصائص شخصيته كراشد،

وتكون كل مرحلة نمو مرتبطة بمنطقة هى مصدر للإثارة واللــذة خلال تلك المرحلة، ولكى ينتقل الطفل بسلام عبر هــذه المراحــل يجب ألا يكون هناك إفراط أو تفريط في إشــباع حاجاتــه وهــذه المراحل والتى أشار إليها "فرويد" هى المرحلــة الفميــة (Oral stage)

تمتد من الميلاد حتى نهاية العام الأول من حيــاة الطفــل. ومصدر اللذة الرئيسى فيها هو الشفاه واللسان، والفراغ الفمى عــن طريق التنبيه واللمس الناتج من المص والبلع والعض فى مرحلــة ظهور الأسنان وتعد الأم هى الممثل الأول والأساسى لدى الطفــل للعالم الخارجى أو المصدر الوحيد لإشباع حاجاته.

ولقد بات من القواعد المتفــق عليهــا الأن أن أول أســاس لصحة النفس إنما يُستمد من العلاقة الحارة الوثيقة الدافئة والدائمــة التى تربط الطفل بأمه. أو من يقوم مقامها بصفة دائمــة، وأن أى حرمان للطفل من هذه العلاقة "الحرمان الأمومى" تظهر أثاره فــى تعطيل لنموه الجسمى والذهنى، والاجتماعى وفى اضطراب النمــو النفسى.

ولعل من الحاجات الأساسية للطفل فى تلك المرحلة والتــى تمتد فى مراحل عمره المختلفة حاجته إلى الحب والتجاوب العاطفى والتى تشبع فى بادئ الأمر عن طريق الأم عندما تحمل رضــيعها وتضمه إلى صدرها أو عندما تربت عليه وتداعبه. وقد ثبت علميا أن رضاعة الطفل من ثدى أمه تمنحه الحنان والأمان والثقــة وأن أكثر الأمراض النفسية والجسمية مصدرها الرضاعة الصــناعية، بينما التصاق الطفل بالأم أثناء عملية الرضاعة لمدة (٤٥) دقيقة له

أثره الفعال فى زيادة الرابطة الوجدانية بين الأم والطفل. خاصة وأن طفل هذه المرحلة نرجسى لا يحب إلا نفسه وليس لديه فى ذلك الوقت أى وعى ببيئته أو بالناس الآخرين ،فخبرة تربية الطفل وشعوره بأنه محبوب، مطلب هام ورئيسى يستحيل أن ينمو بدونه. وعلى ذلك فإن الطفل إذا لم يجد الحب أو يتبادله فإنه لن يستطيع فيما بعد أن يكتسب القدرة على إقامة علاقات حب صحية وسوية فى الأسرة ومن ثم فى المجتمع وهذا ما أكدته دراسات "ولبى WOLPE" عندما وجدت أن هناك علاقة وثيقة بين الحرمان من الحب ونمو الشخصية السيكوباتية. كما أن الإحساس بعدم الأمان الناتج عن صد الأم لطفلها فى هذه المرحلة يكون سبباً قوياً للقلق العُصابى وأحياناً ما يؤدى إلى العدوان والجناح فيما بعد.

وبذلك فقد ركزت معظم الأبحاث على أهمية الأم ودورها للتطبيع الاجتماعى والتكوين النفسى للطفل. ومن أهم المشكلات الرئيسية التى واجهت هذه الأبحاث هو فى كيفية وصف السلوك النموذجى للأم نحو طفلها ورأى البعض إجابة على ذلك فى تحديد عما إذا كانت تسلك تجاه وليدها بأسلوب ديمقراطى أو إستبدادى، كما أن هناك بُعد آخر لسلوك الأم ويتمركز. حول قبولها أو رفضها للطفل، كما توجد أبعاد أخرى مثل الدفئ فى مقابل الفتور، التسامح فى مقابل القسوة، ولقد شرع "شافر SHAFFER" فى البحث عما إذا كان يستطيع أن يجد بعض من الأنظمة الأساسية فى دراسة سلوك الأم وتوصل إلى أن البعدين الرئيسيين لسلوك الأم يمكن أن نطلق عليهما الحب فى مقابل العداء،و التحكم فى مقابل الاستقلال

الذاتى ويحدث تعميم لسلوك الأم، واتجاهاتها، وتباين أنماط سلوكها فتنتقل إلى الطفل.

وعلى هذا فالأم الديمقراطية هى تلك الأم التى تكون علـــى درجة عالية من كل من الحب والاستقلال،اشباعا لحاجات الطفـل النفسية فى حين أن الأم المبالغة فى حماية طفلها هى تلك الأم التى تعطى بعض الحب ولكن فى إطار من الضبط والرقابـة المحكمـة على سلوك طفلها.

وإذا كان هذا عن دور الأم فى هذه المرحلة من حياة الطفل، فإننا لا ننكر كذلك دور الأب، وإن كان دوراً غير مباشر ولا يقارن بدور الأم، فقد لوحظ أن غياب الأب خلال فترة الرضاعة الأولـــى له وقع غير مباشر على الطفل يتمركز حول مشـاعر الأم حـول غياب الأب.

على هذا النحو كان على الوالدين إدراك أن جذور الصــحة النفسية أو الانحراف النفسى لدى الفرد الكبير تمتد إلى بداية حياته، لذا عليهما دائما السعى حثيثاً نحو بث جذور الصحة النفسية لــدى أطفالهما الذين هم أمانة بين أيديهما.

وتأتى بعد المرحلة الفمية المرحلة الشرحية (Anal stage) وتبـدأ من سن السنة تقريبا حتى سن الثانية والنصف، وتتحـول مشـاعر اللذة بالطفل فى هذه المرحلة من الاهتمام بالإحساسات المستمدة من الفم إلى تلك المركزة حول وظائف الإخراج، والتحكم فى عضلات الإخراج.

ويرتبط إشباع حاجات الطفل فى هذه المرحلــة بصــورة كبيرة بالأساليب الوالدية المتبعة فى عملية التدريب على الــتحكم فى عمليات الإخراج، والطفل فى هذه المرحلــة لا يكــون لديــه تعاطف وجدانى مع أمه بل يراها إنسانا يقوم على خدمته وتنشــأ رغبته فى إدخال السرور إلى قلبها فى مرحلة متأخرة.

ويؤدى التدريب المبكر أو الشديد على النظافة إلى خلــق مشكلات صحية ويتضح أثر التدريب فيما بعد فى صورة تكــوين عكسى ينتهى بالطفل إلى أن يصبح وسواسياً بالنسبة وحيث تحدث عملية نقل أو إزاحة للانفعال الخاص بالقذارة إلى بعــض أنــواع الأطعمة. ويمكن تقليل مشاعر الطفل السابقة من خــلال إشــباع حاجته إلى الحب والاطمئنان والعطف والحنــان فــذلك يشــعره بالاستقرار النفسى حتى لو تعرض لأزمات خلال هــذه الفتــرة. ويؤدى ذلك إلى اكتسابه السلوك السوى والسيطرة بطريقة أفضل فى ضبط سلوكه ونمو مشاعره بالإثم عندما يقوم بســلوك غيــر ملائم، وكلما قل دفء الوالدين، وكلما زاد عقابهما للطفل أدى ذلك إلى بطء نمو الضمير لديه والذى يتضح أكثر فى المرحلة الثالثــة وهى . المرحلة القضيبية (Phallic stage)وتمتد من سن سنتين ونصف تقريبا إلى سن ست سنوات، وتبلغ ذروتها فى سن الخمس سنوات ومصدر للذة للطفل فى هذه المرحلة هو الأعضاء التناسلية والخيال المصاحب للعبث بها مع الاهتمام بالوالــد مــن النــوع المخالف لجنس الطفل، وتتميز هذه المرحلــة بمشــاعر الحــب والحساسية والرقة، ويقيم الأطفال فيما بينهم صداقات فى حــوالى

سن الرابعة وتتضح فى هذه المرحلة قدرة الطفل على التوحد مع الأم أو الأب وتقليد سلوكهما.

ويظهر خلال هذه المرحلة مجموعـة صـراعات منهـا مركب أوديب (ODIPOUS COMPLIX) والذى يتمثل فـى رغبة الطفل الذكر فى أمه وحبه لها وغيرته من أبيه،. كما يظهر هنا مركب الكترا (ELECTRA COMPLIX) لـدى الطفلـة الأنثى التى ترغب فى حب والدها. وتواجـه الرغبـات الحسـية ومشاعر الجنس الطفلية للولد والبنت بمعارضة وكف الأباء وينتج عن ذلك شعور بالعداوة تجاه الأب الذى ينكر تعبير الطفل عـن رغبته الليبيدية، ولكن إخراج العدوان يؤدى إلـى الخـوف مـن الانتقام والعقاب، وهنا يكمن معظم الإثم اللاشعوري الذى يـؤدى إلى الاكتئاب فيما بعد. ويعد مركبى "أوديب وإلكترا" هما العامـل الحاسم فى النمو الانفعالى الإنسانى وتتوقف الصحة النفسية للفرد على حله بطريقة سوية، ويضمن الحل كبت الرغبـات الليبيديـة ويطلق "فرويد" على مراحل النمو الثلاثة الأولى المراحـل قبـل التناسلية وتقابل مرحلة الطفولة المبكرة وهى أهم المراحل فى نمو الشخصية وتكوينها ولقد شعر "فرويد" أن المقومات الرئيسية فـى شخصية الراشد تكون قد تشكلت وصيغت بنهاية هـذه المراحـل السابقة.

وعلى ما تقدم نجد عملية تنشئة وتربية الأسرة لأطفالهـا عملية ذات جانبين الأول كفى والثانى تشجيعى، فهى وإن كانـت تقوم على الضبط وكف الطفل عن فعل كثير مما يشتهى فإنها فى الوقت نفسه تشجعه على أن يتعلم كيف يحقق كثيراً ممـا يريـده

ويحتاجه، وعلى هذا النحو تغرس التنشئة الاجتماعية فـــى نفـــس الطفل بذور سلطة داخلية، يحتاجها كل من الفرد والمجتمع لكـــى يحيا كل منهما فى سلام مع الآخر ألا وهى "الضمير" الذى يأخـــذ فى النمو ويقوى بالتدريج مع نمو الطفل ونضجه خلال مراحـــل نموه المتعاقبة.

ويتضح من التناول الســـابق أن التربيـــة هـــى مســـئولية مشتركة بين طرفين هما الأب والأم وليس طرفاً واحـــداً منهمـــا. فليست الأم فقط هى ذات الدلالة فى عملية بناء شخصية الطفـــل، ولكن للأب دوره الواضح أيضاً ولا يجوز أن يترك الطفل لأمـــه تتحمل وحدها مسئولياته، فالأب ملازم ومُكمل للأم فـــى تربيـــة الأبناء، فهناك حاجات ومتطلبات وأساســـيات للطفـــل ينبغـــى أن يتولاها الأب وهناك أخرى ينبغى أن تتبناهـــا الأم.... وتصـــديقا لذلك نذكر قول رسول الله ﷺ "كلكم راع وكلكـــم مســـئول عـــن رعيته" صدق رسول الله ﷺ.

وفى سبيل تأكيد دور الأب الذى لا يقل أهمية عـــن دور الأم فى التربية فقد سعت العديد من الدراسات والبحـــوث نحـــو إظهار هذا الدور فنجد (صلاح الدين محمـــد السرســـى ١٩٩٩) يشير إلى أن غياب النموذج الأبوى للأبناء يزيد من مهام دور الأم فى التنشئة الاجتماعية للأطفـــال، ويترتـــب علـــى ذلـــك غلبـــة الخصائص الأنثوية فى التنشئة الاجتماعية لهم كذلك أشارت نتائج دراسة (زينب عبد العزيز الدرينى ١٩٩٥) إلى وجود علاقة دالة بين حرمان الأبناء من الأب ودرجة التوافق لديهم. ويؤكد كثيـــر من الباحثين على ضرورة تفاعل الوالدين مع أطفالهم أثناء نموهم

الاجتماعى. وأن أى تخلف من الأب أو الأم عن هذا التفاعل تحت أى ظروف طارئة أو مستديمة يشكل عاملاً سلبياً خطيـراً فـى الاستقرار والنمو الشخصى والاجتمـاعى للأطفـال. فالأطفـال انعكاساً لأسرهم يعيشون عالمهم، و يحضرنا هنا قول (مصـطفى زيور) (أنه لا يوجد فى حقيقة الأمر أطفالاً مشكلون وإنما يوجـد أباءً مشكلون فحسب...)، وهذا يطابق فى ذات الوقت مبدأ الحتمية النفسية الذى يقول بـ (إن الظاهرات النفسية لا تتم جزافاً) وبذلك تنتقل مسالك وخبرات الأباء إلى الأبناء وتؤثر فيهم لذا فإنه كمـا للوالدين دورهما فى تلبية احتياجات الطفل الوجدانية وغيرها عبر مراحل نموه المبكرة والعمل على إشباعها معاً بشكل سوى فإنهما لهما أثرهما كذلك فى تشكيل الاضطرابات الوجدانية والسـلوكية لديه.

وتدل الدراسات الكلينيكية أن الأسرة المضـطربة تُنـتج أطفالاً مضطربين وأن الكثير من اضطراب الطفل مـا هـو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة المتمثل فى الظروف غير المناسبة وأخطاء التربية والتنشئة الاجتماعية.

٣- الوالدين النموذج (MODEL) لسواء أو اضطراب الطفل:

يذكر القوصى (... أن وظيفة الحيـاة النفسـية بمختلـف عناصرها هى تكيف المرء لظروف بيئته الاجتماعية والماديـة، وغايتها تحقيق حاجات الفرد، وهى تتحقق عـادة بالتعامـل مـع البيئة، وهذه البيئة متغيرة، وهذا التغير يثيـر مشـكلات يقابلهـا الإنسان بحالات من التفكير والانفعال، ومختلف أنـواع السـلوك ولكن التغيرات التى تحدث قد تكون شديدة لدرجة خارجـة عـن

الحد الذى يقوى عقل الفرد عن مقابلته والتكيف له) فتبعد بـــذلك عن مجرى الصحة النفسية.

وعلى هذا نؤكد أنه ليس هناك حد للصحة النفســية فــلا يوجد إنسان يخلو من الصراع (CONFLICT) أو مـــن القلـــق (ANXIETY) ولم يخبر الإحباط والفشل، وما يترتب عليهمـــا من مشاعر وانفعالات، كما أن المضطربين أنفسهم يختلفون فـــى درجة الاضطراب، ابتداءا من المشـــكلات الســـلوكية ومـــروراً بالاضطرابات النفسية (العُصابية)، وانتهاءً بالاضطرابات الذهانية (العقلية) التى يفقد فيها المريض قدرته على التعامل مـــع الواقـــع والحياة وهو عالم خاص به ومتخيل.

وعلى هذا النحو فإن كل كائن إنسانى لديه درجة ما مـــن السواء، وأخرى من الاضطراب، ولكن ما يعنينا هو مستوى هذه الدرجة أو تلك التى تحكم على الإنسان كونه يتســم بالســـواء أو الصحة النفسية، أم هو إنساناً يتسم بالانحراف والمرض النفسى.

ولعل إدراك ذلك والاهتمام أو العناية به لابد وحتمـــاً أن يبدأ منذ مرحلة مبكرة من حياة الفرد لـــذا كانـــت البدايـــة هـــى الطفولة، ولأن الأسرة هى العالم الأول الذى ينتقل إليـــه الطفـــل وينمو فى ظله لذا كانت هى المصدر الأول تكيفه وصحته النفسية أو تشكيله كائناً مريضاً ومضطرباً فقد انتهت عديد من الدراسات إلى أن الأطفال الذين تتم تنشئتهم داخل أسرهم وفى ظروف سوية ينمون نموا أفضل عن الأطفال الذين ينمون فى ظـــروف غيـــر طبيعية وتنقصهم الفرص المتاحة لتعلم الأنواع المعقدة من السلوك الاجتماعى داخل أسرهم. لذا كانت الأسرة والوالدين بصفة خاصة

من العوامل المؤثرة بشكل رئيسي على نمو شخصية أطفالهم.

ويؤكد كثير من الباحثين في مجال رعاية الطفولة أن نوع العلاقة بالوالدين تحدد طريق انتقال الطفل السوي من اعتماده المطلق على غيره إلى الاستقلال المتزايد والقدرة على إقامة العلاقات السوية بالموضوعات الخارجية، ولعل العلاقة التي يسودها الحب بين الطفل ووالديه هي التي تهيئ للطفل علاقات حب سوية بل علاقات مختلفة سوية فيما بعد، وإلا فلا عجب أن يظل الطفل متعلقاً في عناد بأنماط سلوكه الطفلية، وبجانب هذا قد يصطدم بالبيئة، ويظهر هذا في صورة الاضطرابات السلوكية مثل العدوان بعد أن خاب أمله في الحصول على الحب والاستحسان مقابل ما يقوم به من جهود لكبح جماح ميوله الطفلية.

ولما كان هؤلاء الأطفال عاجزين عن أن يحبوا أو أن يتحابوا، وأن يشيدوا علاقات سليمة بغيرهم فهم يوجهون إلى أنفسهم جل طاقاتهم اللبيدية، فيحبون أنفسهم بينما يصوبون عدوانهم إلى البيئة الخارجية، كما نجد العلاقات التي يكونونها تكون من النوع النرجسي، والتي تظل إلى حد بعيد رهن أهوائهم وتكون نظرتهم للخير والشر مرجعها إشباع رغباتهم الانفعالية إشباعاً مباشراً.

وبتعبير "أنا فرويد" لما سبق نجدها تذكر أنه ((... ففي المواقف التي لم تتوافر فيها عناية الأم لسبب ما، لا يتحول الليبدو النرجسي إلى ليبدو موضوعي)). وبناء على ما سبق فإن العلاقات الموضوعية الناضجة تشتمل على البذل والأخذ الانفعالي، والذي من شأنه أن يساعد الطفل على أن يتحمل الكثير

من غرائزه العدوانية، وأن يتخلى عنها، أو أن يغير وجهاتهـــا إذا أراد أن يصبح كائنا اجتماعيا، وليست الأسرة أول خطوات الفرد نحو الارتباط السوى بغيره فحسب ولكنها أيضا تقدم للطفل نموذج العلاقات الجماعية التالية بدءا من علاقتـــه بأمـــه أثنـــاء عمليـــة الرضاعة، والتى تؤكد "مارجريت ربيل" على أهميتها حيث ترى (... أن تناول الرضيع وتدليله وهزه يمده بقدر كبير من المتعـــة ويسهم فى إيجاد تعلق إيجابى بينه وبين أمه، فالأم مصدر متعـــة ولها قيمة إثابية فهى مصدر الغذاء والاتصال واللمس والتخفـــف من الألم، والشعور بالدفء، ومن خلال هذا كله تتكون الاتجاهات الأساسية نحوها وهذه الاتجاهات إما أن تكون إيجابية أو سلبية أو مزيجاً متصارعاً من الإيجابية والسلبية ،وقد يقوم الطفل فيما بعد بتعميم هذه الاتجاهات فى استجابته الاجتماعية) كما أن الطفل مع التقدم فى النمو يجد فى سلوك أحد الوالـــدين أو كليهمـــا القـــدوة والأنموذج (MODELING) الذى يحتذى به فى سلوكه.

وعبر النمذجة الاجتماعية داخل الأسرة تتضـــح للطفـــل المواقف المتنوعة التى يتعلم خلالها سلوك جديد، أو الإقلال مـــن سلوك مشكل دون حاجة إلى الممارسة أو التدعيم المباشر. ولكن ما يكتسبه الطفل لا يكون بالضرورة إيجابياً، فالطفل الذى تحـــيط به أسرة خائفـــة جزعـــة سيكتســـب بالفعـــل منهـــا مخاوفهـــا، وموضوعات جزعها. والأب الذى يهرب من الضـــغوط بتنـــاول المهدئات والعقاقير يرسم أمام الطفل نموذجاً سلوكياً هروبياً يشجع على عدم مواجهة المشكلات وحلها فى وقتها المناسب. كما يمثل الوالدين لأطفالهم النموذج الأولى من خلال أساليب معاملتهم لهم.

فقد أكدت الدراسات على أن أساليب معاملة الوالدين لأطفالهم أثرها فى تكيف الطفل الشخصى والاجتماعى، وذلك كما بدراسة ميرفت عبد الهادى محمد (١٩٩١) حيث أكدت على تأثير أسلوب التنشئة على الأطفال وظهور المشكلات السلوكية لديهم. ودراسة (مايسة حسن على، ١٩٩٦)، والتى اتجهت إلى دراسة تأثير بعض أساليب المعاملة الوالدية على التكيف الشخصي والاجتماعى للطفل، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة دالة فيما بينهما.ولعل من البحوث كذلك التى ألقت الضوء على هذا الجانب ما أجراه فريق من الباحثين بجامعة (إلينوس) لتأكيد تأثير شخصية كل من الأم أو الأب على تكوين الاضطرابات والمشكلات السلوكية لدى أطفالهم، وقد أجريت دراساتهم على النحو التالى:

– أطفال سيئوا التوافق فى سن الروضة أو سن المدرسة الابتدائية الذين أحضروا إلى العيادة النفسية لطلب المساعدة، ، وقورنت هذه المجموعة بنظيرة لها فى أعمار زمنية متقاربة مأخوذة من مدارس محلية وأيضاً آبائهم، ولقد تم إجراء المقابلات مع كل من الآباء والأمهات لكلتا المجموعتين، و تم تقييم خصائص شخصياتهم، كما جمعت تقارير المدرسين، والأباء والأمهات حول الخصائص السلوكية للأطفال، وقد أشارت النتائج إلى ما يلى:

– أن نتائج مقارنة أباء وأمهات الأطفال فى الروضة وأباء وأمهات الأطفال الذين أتوا إلى العيادة النفسية لطلب المساعدة، أوضحت أن أمهات وآباء أطفال العيادة النفسية، قد وصفوا على أنهم سيئوا التوافق النفسى وينقصهم الدفء الأبوى. هذا بالإضافة إلى أن نسبة كبيرة من أمهات العيادة عبروا عن أنهم غير

مسئولات عما لحق بأطفالهن، كما أن كثير من أباء أطفال العيادة قد وصفوا على أنهم عدوانيين حارمين، أى أن الصورة الإتجاهية لأمهات أطفال العيادة تتمركز فى المرأة الخاملة الباردة، المـــرأة غير المتوافقة، ومن الواضح أنهن غير قادرات، أو ليس لـــديهن الاستعداد لتحمل مسئولية تربية أطفالهن، كما أبانـــت النتـــائج أن الأب فى مجموعة الأطفال العيادية، خامل بارد، غير متوافـــق، عدوانى، فاقد للشفقة، والرحمة الإنسانية التى أظهرها أباء أطفال المدارس المحلية كما أن العناصر الأكثر وضوحاً فى هذا النموذج الأبوى تتمركز فى الاتجاهات العدوانية، والبرودة فـــى الطبـــع، والمزاج، والصرامة الأبوية.

وعلى هذا الأســـاس فإنـــه لتوافـــق الوالـــدين أنفســـهما واتجاهاتهما نحو أطفالهما أثره الواضح فى التكوين النفسى وبناء الصحة النفسية لهؤلاء الأطفال. فالأبناء غير المتوافقين نفســـياً – غالباً ما – يأتون من بيوت منهارة، وبيوت كان فيها الصراع أو الاحتكاك مستمراً بين الأبوين.

ولما كان وجود والدين غير متوافقين يؤدى إلى عدم توافق أطفالهم، فإن حرمان الأطفال من والديهم أيضا أو إحـــداهما قـــد يؤدى إلى عدم توافقهم كذلك ، وهذا من شأنه أن يؤكـــد القيمـــة الإيجابية لوجود الطفل وسط أسرته، وإن قل بها قـــدر الحـــب أو العطف الموجه إليه.

٤- الحرمان من النموذج الوالدى وأثره على الصحة النفسية للطفل:

لقد أكدت العديد من الدراسات فى مختلف بلدان العالم أن للحرمان من الوالدين أثار سيئة على النمو الجسمى والعقلى والانفعالى والاجتماعى، تتمثل فى درجات ضعيفة فى اختبارات الذكاء، وتحصيل دراسى متدنى ، وعدم القدرة على اقامة علاقات مؤثرة مع أُخرين ، واضطرابات سلوكية تظهر فى شكل قلق ومخاوف، كما أنهم أكثر اعتماداً على الآخرين فى سلوكهم، مع عدم النُضج فى أنماط السلوك المتفق مع جنسهم، وبوجه عام فهم أقل توافقاً على المستويين الشخصى والاجتماعى بالمقارنة بأقرانهم ذوى الأسر الطبيعية. وهذه التأثيرات قد لا تتراجع أبدا وتستمر مدى الحياة إن كانت شديدة، ففقدان أحد الوالدين أو كلاهما يمثل خبرة أليمة وهزة عاطفية لها تأثيرها السلبى على صحة الطفل النفسية فيما بعد.

ولعل من أشكال حرمان الطفل من النموذج الوالدى نجد الأطفال مودعى المؤسسات، أو وجودهم وسط أسر بديلة عن والديهم الحقيقيين،... فقد دلت نتائج البحوث أن الحرمان الانفعالى الذى يعانى منه الطفل الذى يودع مؤسسة يعنى نقص أو انعدام التبادل الانفعالى الموجب بين الطفل، وشخص آخر يحتاج إليه ليرعى نموه وأن إيداع الطفل بالمؤسسة ينقصه الفرص المتاحة لتعلم السلوك الانفعالى السوى فليس فى المؤسسة من يتوجد معه ويتقمص شخصيته ومن يثق فيه ليتخذه نموذجاً يقتدى به، ولقد أثبتت إحدى التجارب المبكرة التى قام بها عالما النفس المعروفان

"باندورا" و "روس" (BANDURA & ROSS) أن بالإمكـــان اكتساب كثير من جوانب السلوك المرضى من خـــلال مشـــاهدة الآخرين وملاحظة النماذج[1]. فمـــن المعلـــوم مـــثلا أن بعـــض انحرافات السلوك الجنسى – الاستجناسى – يمكن أن يتطور بين الأطفال الذكور الذين انفصل أباؤهم عـــنهم بســـبب المـــوت أو الطلاق. ويبدو أن افتقاد هؤلاء الأطفال للأبـــاء – أو لبـــدائلهم – يحرمهم من وجود النموذج الذكرى الذى يساعدهم علـــى تمثـــل متطلبات الدور الاجتماعى الذكرى واكتساب المهارات الملائمـــة لأدائه. وفى دراسة أخرى تبين أن الميول الاستجناسية تتزايد بين الأطفال فى الأسر التى يفشل الأب فيها فـــى إعطـــاء النمـــوذج الذكرى إما بسبب انحرافه هـــو الشخصـــى، أو بســـبب الـــدور الضعيف أو الهامشى الذى يلعبه فى الأسرة، أو بسبب عدم تدعيم الأسرة للسلوك الجنسى الملائم مما يؤدى إلى قمع التعبيـــر عـــن الجنسية الغيرية.

هكذا يؤثر غياب النموذج الأبوى أو الأمومى فـــى تعلـــيم الطفل السلوك الذكرى أو الأنثوى، ويلاحظ أن وجود الأب يؤدى إلى اكتساب الابن للسلوك الذكرى بدرجة واضحة بالمقارنة بحالة غياب الأب ويذكر (ولبى WOLPE) أن (... حتى ما قد يسميه غالبية الناس بالأم السيئة هى فى حقيقة الأمر أفضل مـــن عـــدم وجود أم على الإطلاق).

---

(1) ينطبق ذلك على كافة المؤسسات التى يتعرض لها الطفل وليست الأسرة فقط، حيث يتعرض فيها الطفل للعديد من النماذج الموجبة أو السالبة التى يتأثر بها.

لذلك ينصح رجال الصحة النفسية بألا يحرم الطفل من أمه ومن حملها له إلى صدرها حتى إذا اضطر الحال إلى استخدام مرضعة أو إلى التغذية الصناعية، كما ينصحون بأن يعهد بالأطفال اليتامى والذين لا عائل لهم إلى أسر أخرى تتبناهم كلما كان ذلك متاحاً أما إذا أُضطر الأمر إلى إيداع بعض الأطفال فى مؤسسات فإنهم يرون أن تقوم على الإشراف عليهم سيدة وثيقة واحدة لا تستبدل من حين لآخر، حتى يستطيع الطفل أن يقيم علاقة وثيقة وأن يشعر بالدفء العاطفى مع هذه الأم البديلة، وبذلك يمكن الاقتراب بهم من الوضع الطبيعى فى الأسرة.

هذا وقد أكدت العديد من الدراسات على أن الحرمان العاطفى الأسرى يؤثر على التوافق الشخصى والاجتماعى للطفل بل على جوانب نمو الطفل المختلفة كما يدفع به إلى المعاناة من العديد من المشكلات والاضطرابات حتى أن المشكلات الانفعالية الأطفال المحرومين قد فاقت بكثير على مشكلات ذوى الرعاية الوالدية سواء كان الحرمان من الاب أو الام أو كليهما معاً.ومن هذه الدراسات نجد دراسة صلاح الدين عبد العظيم محمد السرسى (١٩٩٠) والتى أكدت على الأثار النفسية السيئة لغياب النموذج الابوى فى الاسرة ، ودراسة عبدالمنعم عبدالله حسيب (١٩٩٠)، والتى أكدت كذلك على أن حرمان الطفل من الوالدين يؤثر على نموه اللفظى، و دراسة فاطمة محمد الحسينى الشرقاوى (١٩٩١)، التى أكدت على أثر غياب أحد الوالدين بالوفاة وهو الأب على التوافق الشخصى والاجتماعى للطفل، ودراسة نعيمة صلاح عبد المعطى الطايفة (١٩٩٢) والتى أوضحت هى الأخرى أثر

الحرمان من الرعاية الأسرية على نمو وتطور ذكاء الأطفـال، كذلك دراسة ميرفت رجب صابر أحمد (١٩٩٣) والتى أشـارت إلى أن ترك الأم لطفلها وخروجها للعمل يكون له أثره كذلك على الصحة النفسية للطفل، أيضاً أكدت وهذا ما أكدته كـذلك نتـائج دراسة ربيع شـعبان عبـدالعليم يـونس (١٩٩٣) أن الأطفـال محرومين من الوالدين أو إحداهما يحتمل أن تظهر عليهم وقـت الانعصاب (SRTESS) بعض أعراض الهستريا التحولية والتى تأخذ صورة شكاوى منتظمة أو شـكاوى أكثـر تحديـداً مثـل التقلصات والاضطرابات المعوية أو الأعراض القلبية. كما أنهـم معرضون لنوبات من الضعف والإغماء، كما أن هؤلاء الأطفـال يلجأون إلى حل المشكلات التى يواجهونهـا مـن خـلال تلـك الأعراض كما يتميزوا بالإنزواء والابتعاد عن الناس (الخوف من الغرباء) مع قلة الانخراط فى أوجه النشاط المختلفة التى تشـترك فيها مجموعات من الأطفال والحساسـية الاجتماعيـة، بجانـب إحساسهم بعدم الأمان كما أن لانفصال الأطفال عن أسـرهم فـى الطفولة علاقته بمصدر الضبط والاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال.

إن لجو الحرمان تأثيره ليس فقط على حاضر الطفل بـل وأيضاً على توافقه فى مستقبل أيامه كفرد وكزوج أو زوجة تقـيم أسرة جديدة، وقد كتبت عالمة التربية والصحة النفسية (بـاروس) (.... حين يصل الطفل إلى هذا العالم فإنه يجد جواً خلقه هـذان الشخصان اللذان يعتبران أباء له. وليس من شـك أن الوالـدين اللذان يفشلون فى خلق السعادة لابد أن يختلف جو منـزلهم عـن ذلك الذى يخلقه أبوان يجد كل منهما فى الآخر السـند والقـوة..

فعلاقة الوالدين أحدهما بالآخر هى أساس الجو العاطفى الذى ينشأ فيه الطفل ويجد فيه توافقاته الأولى مع الحياة. إلا أن الطفل يكون عليه التوسع نحو عالم آخر يجد نفسه فى ظله خارجاً تدريجياً إليه من عالم أسرته، ألا وهو عالم الروضة فالمدرسة وجماعة الرفاق ووسائل الإعلام، .. فالمجتمع الكلى وما ينقله له هذا العالم مـــن خبرات وقيم ومعتقدات يكون عليه التوافق معها بامتصاصها أو رفضها. لذا كان العالم الثانى الذى يتسع عليه عالم الطفل تدريجيا هو جماعة رفاقه.

ثانيا: جماعة الرفاق كعامل للتربية الوجدانية وأثرها على الصحة النفسية للطفل

ومع نمو الطفل اجتماعيا تتسع دائرة اتصالاته فيخرج من نطاق الأسرة واللعب داخل المنزل مع أخوتـــه، إلـــى جماعـــات الرفاق (PEERS) خارج المنزل، وقد ازدادت أهميـــة جماعـــة الرفاق فى الآونة الأخيرة فى عملية التنشئة الاجتماعيـــة، وذلـــك نظراً لزيادة معدلات اشتغال الأم.

ويشير اصطلاح "الرفاق" إلـــى هـــؤلاء الأطفـــال الـــذين يشبهون الطفل فى المستوى الاجتماعى والاقتصادى والتعليمـــى والسن، وقد ظهر حديثا اتجاه مؤداه أنه يمكن تصنيف الأطفـــال فى جماعة رفاق معينة على أساس مـــن تفـــاعلهم علـــى نفـــس المستوى السلوكى من التعقيد أكثر من التصنيف على أساس عامل السن وذلك لأن السلوك يتوقف على مستوى نضج الطفل أكثر مما يتوقف على عمره الزمنى.

وفترة ما قبل المدرسة هى فترة يدرك فيها الطفل نفسه فى تمايزها عن غيرها من جماعات الرفاق والأفراد الآخرين وتتميز هذه الفترة بإتساع دائرة علاقات وتفاعلات الطفـل الاجتماعيـة خارج نطاق الأسرة ومحاولة تعلم الأنمـاط السـلوكية المقبولـة اجتماعياً، والتى تحظى بالاستحسان الاجتماعى مـع المحيطـين، وخاصة جماعة الرفـاق وقـد بـين (إريكسـون ERIKSON) بوضوح أنه ما من أنية فردية إلا وكانت لها مقوماتها الاجتماعية، وأن فى كل موقف اجتماعى (الأسرة – زمرة اللعب – جماعـة الرفاق –...) قد يُظهر الفرد أنماطاً مختلفة من السلوك فريدة فى ظاهرها، أى أنه يلعب أدواراً اجتماعية هى عناصر مـن الـذات الكلية تبزغ إبان عملية التكيف مع جماعة معينة.

وتقوم جماعة الرفاق أو الصحبة أو الأقران بدور هام فى عملية تشكيل وبناء شخصية الطفل، فهى تؤثر فى قيمه وعاداتـه واتجاهاته، ومن خلال لعب الطفل معهم فإنه يمكن أن يتعلم كثيراً من جوانب الحياة الاجتماعية، فحينما يلعب الأطفال مع الآخـرين فإنهم يعرفون أنفسهم بشكل أفضل، ويكونوا عنها الأفكـار مـن خلال الطريقة التى يلعب بها الآخـرون معهـم، فهـم ينمـون الإحساس بالاستقلالية، وبالذات، كما أنه من خلال اللعـب يعبـر الطفل عن مشكلاته الانفعالية، ويتعلم أن يتحكم فى انفعالاته، وأن يكون كائناً اجتماعياً.

ويجب أن يولى الآباء اهتماما كبيـراً بأصـدقاء أبنـائهم وزملائهم فى اللعب نظرا لما لهؤلاء من تأثير ملحوظ فى سلوك أبنائهم، وتقتصر صدقات الطفل فى مرحلة ما قبل المدرسة على

جيرانه ممن هم فى مثل سنه، وزملائه فى الروضة، وقد تكــون الأولاد فى هذه المرحلة تحت الإشراف للآباء والمعلمات، ولكــن ما أن ينمو الطفل ويلتحق بالمدرسة الابتدائية حتى يقل الإشراف المباشر وتزداد فرص تأثر الطفل برفاقه بشكل أكثر وضوحا.

ثالثا: المدرسة/ الروضة كعامل للتربية الوجدانية وأثرها على الصحة النفسية للطفل

يتسع عالم الطفل من الأسرة إلى الروضة فالمدرسة، وتعد الروضة المؤسسة الاجتماعية التالية على الأسرة فــى الأهميــة والتأثير على صحة الطفل النفسية وتربيته الوجدانية، فالروضـــة هى الوسط الذى ينمو فيه الأطفال خارج الأسرة ويمضــون فيــه أغلب يومهم. إن فلسفة رياض الأطفال تتبلور حول فكــرة أنهــا ليست امتدادا لحياة الطفل فى المنزل فحسب، بل هى أيضا تحسين لها وإضافة عليها فهى تحقق للطفل من حاجاته التــى يمكــن أن تحققها له أسرته، وتلك التى لا يمكنها أن تحققها له، كذلك تعمــل دور رياض الأطفال على تصحيح كثير من الأخطاء التى يقع فيها الأباء والأمهات لسبب أو لأخر. وللروضـــة/ المدرســة رســالة تربوية تهدف إلى تكوين الشخصية المتكاملة للطفل وإعداده ليكون مواطناً صالحاً، ورعايــة نمــوه البــدنى والــذهنى والوجــدانى والاجتماعى فى أن واحد، وفى هذا تلتقى أهداف التربية بأهــداف الصحة النفسية وأساليبها. لذا كان لرياض الأطفال دورهــا فــى التربية الوجدانية للطفل من خلال سعيها نحــو تحقيــق أهــداف الصحة النفسية، ولعل ذلك يتجسد بشكل رئيســى فــى صــورة

وشخص معلمة الروضة والتى تعد الواجهة الأولى للطفل فى عالمه الجديد، ويتضح ذلك فيما يلى من محاور:

١- أهداف الصحة النفسية في رياض الأطفال:

وتهدف الصحة النفسية فى رياض الأطفال إلى:

- تهيئة علاقات وظروف أكثر مناسبة للنمو السوى للأطفال.
- مواجهة الحاجات النفسية والاجتماعية للأطفال.
- تعديل اتجاهات الأطفال بما يساير فلسفة الروضة التربوية.
- تصحيح انحرافات السلوك وعلاج الأطفال المشكلين.
- إشباع حاجات الأطفال إلى الانتماء.
- إشباع حاجة الأطفال إلى القبول والتقدير والاعتبار الاجتماعى.
- إشباع حاجة الأطفال إلى المسئولية نحو الآخرين.
- إكساب الأطفال آداب السلوك الاجتماعى والمهارات الاجتماعية.
- إتاحة الفرص للتعبير الحر وتحقيق الذات.
- التمرس على القيادة والتبعية، وعلى الأساليب الديمقراطية.

٢- معلمة الروضة الممثل الثاني للعالم الاجتماعي للطفل:

وإذا كانت الأم هى الممثل الأول للطفل فى عالم الأسرة، فإن المعلمة كذلك هى بمثابة الممثل الأول للطفل فى عالم الروضة. لذا فإنه لتحقيق تلك الأهداف التربوية السابقة فلابد من توفر الصحة النفسية للمعلمة ذاتها، والتى تنعكس بدورها على صحة الأطفال النفسية فإذا افتقدنا السواء فى المعلمات فإننا لا ننتظر منهم أن يغرسوا دعائم الصحة النفسية فى أطفالهم.

وقد أكدت الدراسات على فعاليـــة دور معلمـــة الروضـــة وأثرها على أطفالها، ونمو بعض الجوانب الإيجابية لديهم، نشير منها إلى دراسة ماجدة عقل محمد صابر (١٩٩٢) والتى أكـــدت على تأثير تفاعل الاتجاهات التربوية للمعلمة مع برنامج للأنشطة الحركية على تنمية القدرة الابتكارية لدى أطفال الروضة. فمسالك المعلمة المعبرة عن الأطفال فى الكلام والحركة والتعاطف مـــع الأطفال وتقبل مناقشتهم بصدر رحب كلها أموراً أكدت البحـــوث أنها تستثير وتدعم التفكير الابتكارى لدى الأطفال، أمـــا المعلمـــة التى تتميز بالصرامة فهى تقيد حرية الأطفال وتقيد ابتكاريتهم تبعا لذلك.

ولعله من الصفات التى يجب أن تتوفر فى المعلمة والتى تؤدى إلى احترامها وتأثيرها فى نفوس وشخصيات الأطفال نجد:

١- الصفات الذاتية المتعلقة بشخصية المعلمة، وتشمل:

أ- النواحى الجسمية التى تتضمن الحيوية والنشاط والخلو مـــن العاهات.

ب-القدرة على التعبير والاهتمام بالمظهر العام.

ج- كذلك الصفات العقلية كالذكاء والقدرة على التصرف.

د- الاتزان الانفعالى والصفات الخلقية المرغوبة كالإخلاص فى العمل والتمسك بالمبادئ والمثل العليا.

٤٢- التكوين المهنى والقدرة على التربية:

وتتضمن إلمام المعلمة بالمفاهيم التربوية الصحيحة، وقدرتها على توصيل المعلومات للأطفال واستعدادها لتجربة الجديد من طرق التدريس والنشاط.

٤٣- صفات أخرى:

وهى أن يكون للمعلمة هواية شخصية تستطيع أن تكون رائدة للأطفال فيها، وكذلك مزاولة النشاط الرياضى والاجتماعى، وقدرتها على حل مشكلات الأطفال بما يكسبها حبهم.

وبذلك تصبح المعلمة عاملاً مؤثراً فى نفوس الأطفال وتشكيل شخصياتهم فى اتجاه السواء والصحة النفسية

٤٤- أثر المعلمة فى الجو العام داخل الروضة:

وهذا يشمل مدى مشاركة المعلمة فى نواحى النشاط داخل الروضة، كما تشمل علاقات المعلمة بمديرى الروضة، وزميلاتها، وأولياء أمور الأطفال مما يجعل لوجودها بين أفراد أسرة الروضة أثر ملموس فى الجو العام.

٤٣- دور المدرسة بالنسبة للنمو النفسى والصحة النفسية للطفل:

ويذكر "حامد زهران" بعض مسئوليات المدرسة/ الروضة بالنسبة للنمو النفسى والصحة النفسية للطفل، فيما يلى:

- تقديم الرعاية النفسية إلى كل طفل ومساعدته فى حل مشكلاته والانتقال به من طفل يعتمد على غيره، إلى راشد مستقل معتمدا على نفسه متوافقا نفسيا.

- تعليمه كيف يحقق أهدافه بطريقة ملائمة تتفق مع المعايير الاجتماعية مما يحقق توافقه الاجتماعى.

- مراعاة قدراتهم فى كل ما يتعلق بعملية التربية والتعليم.

- الاهتمام بالتوجيه والإرشاد النفسى للطفل.

- الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية فى تعاون مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى وخاصة الأسرة.

- مراعاة كل ما من شأنه ضمان نمو الطفل نمو نفسيا سليما.

- باستخدام أساليب نفسية عديدة أثناء تربية الأطفال منها دعم القيم الاجتماعية عن طريق المناهج، وتوجيه النشاط المدرسى بحيث يؤدى إلى تعليم الأساليب السلوكية المرغوبة وإلى تعليم المعايير والأدوار الاجتماعية والقيم، والثواب والعقاب، وممارسة السلطة المدرسية فى عملية التعليم، والعمل على فطام الطفل انفعاليا عن الأسرة تدريجيا، وتقديم نماذج صالحة للسلوك السوى، إما فى شكل نماذج تدريس لهم أو نماذج يقدمها المعلمون والمعلمات فى سلوكهم اليومى مع الأطفال.

- وكما يتضح تأثير العلاقات والنماذج الأسرية على الطفل، كذلك تؤثر العلاقات والنماذج الاجتماعية فى المدرسة على الصحة النفسية للطفل وتوافقه المدرسى، وذلك يمكن أن يكون على النحو التالى:

* العلاقات بين المعلمين والأطفال التى تقوم على أساس الديمقراطية والتوجيه والإرشاد السليم، تؤدى إلى حسن العلاقة بين المعلمين وأطفالهم، وإلى النمو التربوى والنمو النفسى السليم.
* العلاقات بين الأطفال وبعضهم البعض، والتى تقوم على أساس من التعاون والفهم المتبادل يؤدى إلى تمتع الأطفال بالصحة النفسية.

– العلاقات بين المدرسة والأسرة، والتى تكون دائمة لاتصال (وخاصة عن طريق مجالس الآباء والمعلمين) تلعب دورا هاما فى إحداث عملية التكامل بين الأسرة والمدرسة فى عملية التربية الوجدانية والصحة النفسية للأطفال.

ولقد أوضحت دراسة عفاف إسماعيل خير الله رمضان (١٩٩٢) هذا الأثر لرياض الأطفال حيث أشارت نتائجها إلى وجود فروق دالة بين درجات الأطفال الذين لم يلحقوا بالروضات فى الحاجات النفسية وهى (الصداقة – الانتماء – التقدير الاجتماعى – النجاح والحرية – الاستقلال – تحمل المسئولية – الطمأنينة – الأمن النفسى) وكانت الفروق لصالح الأطفال الملتحقين برياض الأطفال، مما يؤكد دورها وأهميتها فى تربية الطفل.

ولذلك بات من الضرورى التواصل والتكامل فى العلاقات التأثيرية بين الأسرة والمدرسة، وغيرهما من المؤسسات التربوية، لما لذلك من أثر فى التربية الوجدانية الصحية للطفل كى يشب إنسانا صحيحا نفسيا متوافقا مع ذاته ومجتمعه، إلا أنه لا تتوقف حدود المؤسسات المؤثرة التالية على الأسرة عند التحاق الطفل بالروضة فالمدرسة، فهناك من العوامل ما يبث تأثيره شئنا أم أبينا بشكل واضح خاصة فى الآونة الأخيرة وهو ما يتصل بعالم آخر يطلق عليه وسائل الإعلام.

رابعا: وسائل الإعلام كعامل للتربية الوجدانيـــة وأثرهـــا علـــى الصحة النفسية للطفل

تتنوع وسائل الإعلام بين الراديو والصـــحف والمجـــلات والتليفزيون والسينما والمسرح، إلا أن التليفزيون يعتبر ذو أثـــر كبير وواضح فى سلوك الأطفال وتنمية شخصياتهم، فقـــد دخـــل معظم المنازل، ويتجمع حوله الأطفال ويتأثرون به تأثراً مباشـــراً فى كثير من الأحيان، وقد ترتفع الأصوات من حين لآخر، تحذر من الآثار الضارة التى تتركها هذه الوسائل البصرية والســـمعية الحديثة فى عقول الصغار، ولكن لنتساءل، هل حقيقة لهذه الوسائل السمعية البصرية كل هذا التأثير؟

التليفزيون الممثل الأولى لخبرة الإعلام الموجه للطفل:

ليس ثمة شك أن الوسائل السمعية البصـــرية قـــد أخـــذت تحدث أثرها كوسائل تعليمية هامة، طالما أنها موجهة نحو أهداف تعليمية مرسومة، ولكن الجدال يدور حول ما يعرضه التليفزيون عادة، وهناك بعض الدراسات انتهت إلى أن للتليفزيون مســـاوئه من الناحية الجسمية والخلقية والاجتماعية والتربوية، إذا يحـــبس الطفل بين أربعة جدران ويحرمه لفترة طويلة من الـــزمن مـــن الخروج فى الهواء الطلق، كما قد يعرض عليه أفلام الجريمـــة والعنف والسرقة والجنس، مما قد يحدث انطباعا سيئا فى نفـــوس الأطفال، ثم إن الطفل بالإضافة إلى كل ذلك يكون مشاهدا مستقبلا وسلبيا لا يقوم بأى نشاط إيجابى ولا يكتسب خبـــرات اجتماعيـــة كتلك التى يمكن أن يكتسبها من اللعب مع زملائـــه، ومـــع ذلـــك فهناك مجموعة أخرى من الدراسات أثبتت أن التلفزيون يوسع من

مدارك الطفل ويفتح أفاق المعرفة أمامه ويخلق لديه الكثيـــر مـــن الاهتمامات، ويستثير لديه الأفكار المتنوعـــة العديـــدة ، ويثـــرى خياله، ويجعل الروابط بين أفراد الأسرة قوى خلال الاجتماعـــات التى يحضرونها معا الى آخر هذه الأفكار التى تشير إلى أن هذه الوسائل الحديثة إذا ما أحسن توجيهها يكون لها تأثير قوى وفعال على الطفل.

وقد أوضحت دراســـة "هملـــوت" أن الأطفـــال الصـــغار ومتوسطى الذكاء المشاهدين للبرامج التليفزيونية أظهـــروا نمـــواً عقلياً بمقارنتهم مع الأطفال غير المشاهدين للبرامج فـــى نفـــس عمرهم الزمنى ومعدل ذكاءهم.

كما أوضحت نفس الدراسة أيضاً أن الأطفال ذوى الذكاء المنخفض والاطفال الصغار أقرب ما يكونوا مـــدمنون للبـــرامج التليفزيونية، وكذلك الحال فى أطفال الأســـر الراقيـــة اقتصـــادياً وثقافياً، وإن لم يكن الذكاء والطبقة الاجتماعية عوامل مؤثرة فى قضاء ساعات كثيرة أمام البرامج التليفزيونية، فإن ذلك قد يكـــون عرضا من أعراض سوء التوافق النفسى للطفل.

كذلك أكدت العديد من الدراسات على قيمة وتأثير وسائل الإعلام المختلفة على الطفل وجوانب نموه، والتى نشير منها إلى دراسة محمد رضا أحمد (١٩٩٠) والتى سعت إلى معرفـــة دور برامج الاذاعات المحلية الموجه للأطفال فى تكوين مفـــاهيمهم ، وقد توصلت إلى تأثير لتلك البرامج على الأطفال بنسب مختلفة. و كان هناك فى المقابل دراسة حسن على محمـــد (١٩٩٢) والتـــى هدفت الى التعرف على مـــدى اســـتفادة الطفـــل مـــن البـــرامج

المستوردة الموجهة للأطفال وما تتضمن من معلومات وقيم. وقد توصلت نتائجها كالدراسة السابقة إلى تأثر الأطفال بتلك البـرامج بنسب مختلفة.

كما اهتمت دراسة أخرى بالتطرق إلـى معرفـة تـأثير الإعلانات مثل دراسة نرمين سيد أحمد (١٩٩٢) والتى أجـرت دراسة لأثر إعلانات التليفزيون على الطفل المصرى وتوصـلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين متغيرات السـن والصف الدراسى من جانب ومدى إدراك الطفـل وتـذكره لمـا يتضمنه الإعلان من عناصر ومعلومات وجوانب فنية من جانـب آخر.

كما تناولت دراسة هويدا محمد لطفى أحمد (١٩٩٢) هى الأخرى تأثير الإعلانات والمسلسلات العربية بالتليفزيون علـى الطفل المصرى، و كذلك حال دراسة هناء السـيد محمـد علـى (١٩٩٣) والتى أكدت كذلك على دور التليفزيـون فـى التنشـئة الثقافية أطفال الروضة، وتوصلت من دراستها إلـى أن السـلوك الاتصالى لطفل الروضة يتأثر بالسلوك الاتصالى لأمه مع هـذه الوسيلة الإعلامية، وأن الإعلانات التجارية والصـور والرسـوم المتحركة وأفلام الكرتون هى أكثر المشاهد التليفزيونيـة إثـارة لانتباه الأطفال، كما يكتسب الطفل من التليفزيون مجموعة مـن السلوكيات والألفاظ والمعارف والقيم التى تميـل إلـى الطـابع الحضارى، وتبتعد عن الثقافة الريفية الأصيلة.

هذا فى حين هدفت دراسة أمل السيد عبد العزيز حمـودة (١٩٩٥) إلى التعرف على الموضوعات والمعلومات التى تقدمها

بعض البرامج التليفزيونية لطفل الروضة، وإلى أى مدى تؤثر هذه البرامج على العمليات العقلية المرتبطة بالنمو المعرفى له مثل (التفكير – الانتباه – التذكر – حب الاستطلاع – التخيل)، وقد أشارت النتائج إلى تحقيق تأثير البرامج المختلفة على تلك الجوانب بنسب مختلفة.

وعلى هذا النحو فإن وسائل الإعلام تؤثر على الطفل فتصبح بذلك إما عاملا إيجابيا يدفعه نحو الصحة النفسية والتوافق النفسى، وإما عاملا سلبيا فى تربيته الوجدانية.

وبذلك تحتشد كافة المؤسسات والعوامل المحيطة بالطفل لتيسر له نموا نفسيا سويا حيث لا تتوقف علاقاته على الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام، بل يتوسع فى علاقاته الاجتماعية إلى المجتمع الخارجى الأوسع من حوله، وبذلك يكون هدف التربية الوجدانية للطفل هو تحقيق صحته النفسية التى ينتقل بها إلى هذا المجتمع.

الصحة النفسية هدف التربية الوجدانية فى المجتمع

من الضرورى أن نضع فى اعتبارنا أهمية الصحة النفسية للأفراد فى مجتمعهم بمؤسساته المختلفة الطبية والاجتماعية والاقتصادية والدينية.... الخ، وتحقيق التناسق والتناغم بين هذه المؤسسات وبصفة خاصة بينها وبين الأسرة والمدرسة. وهذا يجعل من الضرورى تطبيق مبادئ واتجاهات الصحة النفسية فى المجتمع لحماية أفراده وجماعاته من كل ما قد يؤدى بهم إلى

الاضطراب النفسى حتى يتسنى لنا تحقيق الإنتاج والتقدم والكفاية والسعادة والتى هى الغاية الأساسية للصحة النفسية.

وأهم أهداف الصحة النفسية بناء الشخصية المتكاملة وإعداد الإنسان الصحيح نفسيا فى أى قطاع من قطاعات المجتمع وأيا كان دوره الاجتماعى بحيث يعمل على تحمل المسئولية الاجتماعية ويعطى للمجتمع بقدر ما يأخذ منه أو أكثر مستثمرا طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن.

ولكى يتسنى تحقيق ذلك يجب تحقيق مطالب النمو الاجتماعى للفرد مثل النمو الاجتماعى المتوافق إلى أقصى حد متاح، وإشباع الحاجات النفسية الاجتماعية وتقبل الواقع، وتكوين اتجاهات وقيم اجتماعية سليمة، والمشاركة الاجتماعية الخلاقة والمسئولة، وتوسيع دائرة الميول والاهتمامات وتحقيق النمو الدينى والأخلاقى وتنمية المهارات الاجتماعية التى تحقق التوافق الاجتماعى السوى.

على ما تقدم فإننا لا نبالغ إذا ما اعتبرنا أن الصحة النفسية بالمجتمع نفسه هى كل تتكامل أجزاءه من الصحة النفسية لأفراده، أو بمعنى آخر أن الصحة النفسية للأفراد وتوافقهم هى بناء للصحة النفسية للمجتمع الكلى وتوافقه، وما الأطفال إلا هم أفراد المجتمع فى مستقبله، على ذلك كانت ضرورة العناية المبكرة بالأطفال واتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية التى تجنبهم شر الوقوع بين براثن الاضطراب والمرض النفسى.

توجهات العناية بالاضطرابات الوجدانية للطفل وأثرها على صحته النفسية

وتمتد هذه التوجهات فى اتجاهين متكاملين كلاهما يهـدف إلى حماية ووقاية الطفل أو علاجه، لذا تشمل تلك التوجهات مـا يلى:

أ- التوجهات الوقائية للاضطرابات الوجدانية للطفل.

ب- التوجهات العلاجية للاضطرابات الوجدانية للطفل.

مما لاشك فيه أن هدف الباحث النفسى هو اكتشاف أسباب عدم سعادة الطفل، وصعوبة توافقه الشخصى والاجتمـاعى مـن خلال سعيه الدائب نحو التعرف على اضـطرابات الشخصـية، والعوامل المسببة للمرض فإذا تم ذلك نستطيع بناءا عليه تطبيق منهج وقائى (PREVENTION) محكم يحمـى الأطفـال مـن الوقوع فيما يبعدهم عن الشعور بالسعادة والإيجابيـة، فالمعرفـة بالعوامل المسببة تتيح إمكانيـة الـتحكم السـليم فـى السـلوك المضطرب، وعمل الاحتياطات اللازمة لهؤلاء الأطفال لوقـايتهم من أن يصبحوا ضحايا مرضهم.

وعلى الرغم من تأكيد الباحثين على أهميـة الخصـائص والصفات الوراثية فى الاضطرابات الوجدانية، إلا أنـه يصـعب التركيز عليها وحدها كأسباب كافية لتفسير الاضطراب الوجدانى، فهناك ما هو أعمق وأشد ارتباطا بالبيئة النفسية والاجتماعية التى يربى فيها الطفل، وبذلك ينبغى الوقوف على طبيعة كافة الظروف المحيطة بالطفل المضطرب، صحيح أن مـن لـديهم الاسـتعداد الوراثى للاضطراب قد يكونون أكثر تعرضا للمرضى ممـن لا

يمتلكون الاستعداد للاضطراب الوجدانى، لمجرد وجود عنصر الوراثة، وهذا ما يؤكد على أهمية إلقاء الضوء على الأسباب الداخلية (INNER) التى تتصل بشخص الطفل من الناحية الجسمية والناحية العقلية والنفسية والميول والطباع، وكذلك العوامل والأسباب الخاصة المتصلة بالوسط والبيئة التى يعيش فيها الطفل، والتعرف على الأعراض الكلينيكية المرتبطة بنوع الاضطراب بهدف الوصول إلى مرحلة التحكم العلمى السليم، والتأكيد على دور الوقاية اللازمة عن طريق معرفة العوامل المفجرة للأعراض المرضية المتمثلة فى الاضطرابات السلوكية للطفل فالنار لا تشتعل إلا إذا اكتملت العناصر المؤدية للاشتعال، وإذا جاز بنا أن نستعير من علم الاجتماع مفهوم الضبط الاجتماعى، والذى يحدد بأن رد فعل المجتمع على السلوك الفردى المنحرف بقصد إعادة التوازن إلى النظام الاجتماعى داخل النسق الاجتماعى فيمكننا أن نتصور عملية (الضبط النفسى) بأنه رد فعل القائمين بتطبيق المناهج الوقائية والعلاجية، على السلوك المرضى بقصد إعادة التوازن إلى المريض (الطفل المضطرب) وذلك قبل وقوع الفعل أى مواجهة الاضطراب قبل وقوعه، باتخاذ الإجراءات والتدابير الوقائية خاصة فيما يتعلق بالحالات ذات الاستعداد الوراثى.

وبذلك تكون من المساعى الرئيسية لهذه الورقة هو تحقيق هدفين رئيسيين:

- الأول نظرى: ويتمثل فى ضرورة معرفة أسـباب السـلوك المرضى والمضطرب فى المرحلة المبكرة، وتحقيـق الفهـم العلمى للظاهرة المرضية.
- الثانى تطبيقى: ويتمثل فى محاولة تحقيق الاستقرار النفسـى للأطفال والقضاء على عوامل الاضطراب، ومسبباته، ولا يتم ذلك إلا فى ضوء سياسة لا تهتم فقط بعلاج الاضطراب بـل الوقاية منه، مع تحقيق تغييرات بنائية إنشائية تساعد على رد البناء النفسى إلى السواء والصحة النفسية.

أولا: التوجهات الوقائية للاضطرابات الوجدانية للطفل

يمكن أن تتجه التوجهات الوقائيـة فـى عـدة اتجاهـات متكاملة، هدفها الأساسى والأول هو حماية الطفـل وإتقـاء شـر تسرب المرض والاضطراب إلى نفسه منـذ مرحلـة بـاكرة ، وبالتالى فإن تهيئة تربية وجدانية سوية تيسر له نموا يتسم بالسوء والصحة النفسية. و يمكن أن تتجسد تلك التوجهات الوقائية فيمـا يلى:

١- البحث عن طرق جديدة تدعم طرق التنشئة القائمة بالفعل.

٢- إتباع العديد من الإجراءات الوقائية بشكل مناسب، والتى تأخذ هى الأخرى أشكال مختلفة من الوقاية تتكامل فيما بينها وتتضـح تلك التوجهات الوقائية فى تناولنا التالى.

١- طرق جديدة لرعاية الأطفال الناشئين: (الذكاء العاطفى طريقة جديدة لتنشئة الأطفال):

لما تضاربت الإيجابيات والسلبيات التى يمكن أن تترتـب على تنشئة المؤسسات التنشيئية المختلفة للطفل. رأى العديد مـن

العلماء والباحثين أنه يمكن تطوير طرق جديدة لتنشـئة الأطفـال بشكل أكثر سواء من خلال تنميتهم عاطفيا ولعل هذا يؤكد تناولنا السابق من أهمية التربية الوجدانية السوية المبكرة للطفل، وهـذا يجعلنا نتطرق إلى المحاور التالية بادئين بمفهوم الذكاء العـاطفى ومن ثم كيفية تأثيره فى التربية السوية للطفل؟.

أ- مـا هـو الـذكاء العـاطفى الوجـدانى EMOTIONAL INTELLIGENCE:

استخدام تعبير الذكاء العاطفى لأول مرة عام (١٩٩٠) من قبـل علماء النفس، مثل "بيتر سالوفى" بجامعة هارفارد، و"جون ماير" بجامعة نيوهامبشير، و استخدم هذا التعبيـر لتمييـز الخـواص العاطفية التى تظهر أهميتها فى تحقيق النجاح، ويمكن أن تشـمل هذه الخواص ما يلى:

- التقمص العاطفى. - الاستقلالية.
- ضبط النزعات أو المزاج. - القابلية للتكيف.
- تحقيق محبة الآخرين. - حل المشكلات بين الأشخاص.
- المثابرة أو الإصرار. - المودة أو الود .
- التعاطف أو الشفقة. - الاحترام .
- التعبير عن المشاعر والأحاسيس وفهمها.

وهناك ما يسمى نموذج مـاير وسـالوفى Mayer&Salovey (١٩٩٠) للذكاء العاطفى مرتبة فيه القـدرات الفرعيـة للـذكاء العاطفى من الادنى الى الاعلى فى المرتبة ، ما يعكس مراحـل النمو العاطفى للفرد كالاتى :

١- التعرف على الانفعالات بادراكها وتقيمها والتعبير عنها بصـــورة واضحة ودقيقة هذا سواء كانت انفعلات الذات ام الاخرين أو اى شيء فيه تعبير عن الانفعالات كالاعمال الفنية ، والتميـــز بـــين التعبيرات الصادقة والمزيفة للانفعلات .

٢- توظيف الانفعالات فى تسهيل التفكير بالانتباه للمعلومات الهامـــة وتوليد الانفعالات الحية التى يمكن أن تيسر عملية اتخاذ القـــرار والتذكر بعد رؤية الامور من عدة زوايا لتوليد الحلول المناسبة .

٣- فهم وتحليل الانفعالات وتوظيف المعرفـــة الوجدانيـــة وتســـمية الانفعالات وتفسير المعانى التى تحملها وفهم الانفعالات المركبـــة والمتناقضة وملاحظة التغير فيها .

٤- ادارة وتنظيم الانفعالات بصورة تاملية لتفعيل النمـــو الوجـــدانى والعقلى وذلك لتقبل المشاعر الســـارة والغيـــر الســـارة وتأمـــل الانفعالات المختلفة فى الذات والاخرين ، وادراتها دون كبـــت او تضخيم .

ولعل مما يجدر بالإشارة إليه أن الذكاء العاطفى (EQ) يختلـــف عن حاصل أو معدل الذكاء (IQ)، وهناك اعتراض على استخدام المصطلح (EQ) كمرادف للذكاء العاطفى على أســـاس أن ذلـــك يمكن أن يضلل الناس بأن يقودهم إلى التفكير فى حتمية وجـــود اختبار دقيق لقياس الـــ (EQ)، أو أن هذا الـــ (EQ) تركيب قابل للقياس أساسا، ولكن الحقيقة التى يجب أن تظل ثابتة دائما هى أنه بالرغم من أن الذكاء العاطفى لا يمكن قياسه إلا أنه يعـــد دائمـــا مفهوما له معناه. وأهم ما يميز الذكاء العاطفى عن معدل الـــذكاء هو أن الذكاء العاطفى أقل درجة من حيث الوراثة الجينية، ممـــا

يعطى الفرصة للوالدين والمربين فى أن يقوموا بالتـدخل لتنميـة أطفالهم بعيدا عن تلك الطبيعة الجينية، مما يزيد من فرص نجاح الأطفال فى الحياة.

ولاشك أن الافراد الذين يجمعون بين المستويات المرتفعة فى كل من الذكاء العقلى والذكاء العاطفى سيكونون أكثـر قـدرة علـى التوافق الفعال مع مواقف الحياة اليومية كما أن الذكاء العـاطفى أوسع من الذكاء الاجتماعى ، لجمعه بين الانفعـالات الشخصـية والانفعالات فى سياقها الاجتماعى . كما انـه ميسـر للتواصـل الاجتماعى بين الافراد ، لما له من لغة عامة بين البشر ، تتجاوز حدود اللغة المنطوقة ، كما فى تواصل الطفل مع أمه .

وإذا كان هذا هو مفهوم الذكاء العاطفى، فكيـف يكـون دوره فى تنشئة الأطفال بكونه عامل مؤثر فى التربية الوجدانيـة والصحة النفسية لهم؟.

ب- الذكاء العاطفي وعلاقته بالتربية الوجدانية والصحة النفسـية للطفل:

رأى العديد من العلماء أن مشكلات الأطفـال يمكـن أن تعزى أساسا إلى التغييرات المعقدة التـى حـدثت فـى النمـاذج الاجتماعية على مدى الأربعين سنة الماضية، بما فى ذلك ارتفاع معدلات الطلاق والتأثيرات السلبية شديدة الانتشـار للتليفزيـون ووسائل الإعلام الأخرى، وكذلك عدم توفر الاحترام للمـدارس كسلطة مؤثرة، وأيضا تضاؤل المدة الزمنية التى يقضيها الوالدان مع أطفالهما، وإذا ما سلمنا بشكل مؤقت بحتمية وجود تغييـرات فى المجتمع، فإن السؤال الذى يستوجب البحث عن إجابة مقنعة له

هو كيف يمكننا أن نرى أطفالا يتمتعون بالسعادة والصحة الإنتاجية؟. إن الإجابة يمكن أن تدهش الجميع، إذ تتمثل في أنه من الواجب تغيير طريقة نمو المخ.

إن تطور العقل يمكننا ملاحظته عندما نرى كيفية تغير الأطفال جسمانيا وإدراكيا وعاطفيا كلما تقدموا في العمر، وإن التطور العصبي لدى الأطفال يهيئ فرصة زمنية تمكننا من الإعداد المبرمج المسبق لهم، ليتمكنوا من الدخول إلى مرحلة معينة، والسيطرة عليها، ومعظم الناس لا يهتمون كثيرا بالمراحل التي تخص النمو أو التطور العاطفي للمخ.

إن كل مهارة من مهارات الذكاء العاطفي التي يتم فحصها لها جدولها الزمني الخاص بتطورها. وبالرغم من أن ذلك يختلف كثيرا عن التطور الجسماني والتطور الإدراكي في معظم الأحوال إلا أنه يتميز بإمكانية التنبؤ به.

والحقيقة أن معظم الناس لا يمكنهم الإحاطة مسبقا بالتغيرات التي تطرأ على الأطفال فيما يتعلق بالتطور العاطفي إلا أن الطريقة التي يستخدمونها للبحث عن التغييرات التي تحدث بالنسبة للتطورات الجسمانية أو الإدراكية تسهم إلى حد كبير في العديد من المشكلات التي يمكن حدوثها.

ولقد تم تنظيم الذكاء العاطفي في ستة مجالات وهي: (المهارات المتعلقة بالسلوك الأخلاقي، والتفكير، وحل المشكلات، والتفاعل الاجتماعي، والنجاح الأكاديمي والعلمي، ثم العواطف).

وجميع هذه المهارات مترابطة تماما وتعليم الطفل إحداها سيحدث تغييرا في المجالات الأخرى للذكاء العاطفي لديه، فمثلا

بالنسبة للذكاء العاطفى اللازم للإنجاز المدرسى فإنه يمكن اقتراح أنشطة تعاونية تخفف من الضغط الذى يعانى منه الأطفال لكى ينجحوا، ولكن تعليم الأطفال مهارات تعاونية يمكن أن يساعدهم فى اكتساب كيفية السيطرة على الغضب، وكذلك على مسايرة أصحاب السلطة والنفوذ، بما يجعل هذه المهارات مفيدة – بشكل خاص – لمساعدة الطفل على تكوين صداقات، وبمعنى آخر يمكن القول بأن التركيز على أهمية أى مظهر من مظاهر الذكاء العاطفى داخل المنزل أو أى من المؤسسات التربوية للطفل يكون له أثر مضاعف فبمجرد البدء فإن الكثير من الأشياء ستستمر فى التطور إلى ما هو أفضل.

ويذكر (لورانس شابيرو) أن الأباء والمربين يمكنهم أن يحققوا أسلوبا لتعزيز الذكاء العاطفى لدى أطفالهم دون أن يتبعوا طريقة مؤثرة لتنظيم أبنائهم. ويمكن أن يتضمن هذا الأسلوب عددا من المبادئ والاستراتيجيات وذلك على النحو التالى:

١- إعداد القواعد والحدود المعينة والالتزام بها، وتدوينها ولصقها ونشرها كلما أمكن ذلك.
٢- توجيه التحذيرات والتلميحات اللازمة عندما يبدأ الطفل بإساءة التصرف، فهذا هو أفضل السبل لتعليمه التحكم فى نفسه.
٣- الثناء على السلوك الإيجابى بتعزيزه بعبارات المديح والحب الوجدانى مع إغفال السلوك الذى قد يكون الطفل قد اتبعه لإثارة الانتباه إليه.

٤- تثقيف الطفل بما يتمشى مع توقعات الآباء أو المربين فغالبا ما يغفل الأباء قضاء الوقت الكافى مع أطفالهم للحديث عن القيم والمبادئ وسبب أهميتها.

٥- العمل على منع المشكلات قبل حدوثها، فطبقا لما يوضحه علم النفس السلوكى تحدث أو تقع معظم المشكلات نتيجة لأحد الدوافع أو المؤشرات وفهم مثل هذه المؤشرات والعمل على إزالتها يساعد فى تجنب تلك المواقف التى تؤدى إلى سوء السلوك.

٦- عند كسر قاعدة أو حد من الحدود الموضحة جيدا سواء كان ذلك بقصد أو بدون قصد فلابد من القيام مباشرة بتطبيق العقاب المناسب مع الثبات على مبدأ أو إجراء ما يلزم إجراؤه طبقا لما افصحت به.

٧- فى حالة وجوب توقيع العقاب فإنه يتعين التأكد من أن العقاب يتعادل مع كسر القاعدة أو سوء التصرف (من منطلق أن يكون العقاب مناسبا للجرم/ الخطأ).

٨- التعرف على مجموعة من الأساليب التقنية الخاصة بالنظام مع الإحساس بالراحة نحوها، وفيما يلى أفضل تلك الأساليب وهى:

أ- التأنيب: وهو أول ما يجب أن يقوم به الكبار لتوجيه الأطفال الذين يسيئون التصرف لتغيير سلوكهم، مع مراعاة عدم حدوث غيظ لديهم تجاه هؤلاء الكبار أو تكوين صورة سلبية عن أنفسهم.

ب- النتائج الطبيعية: تشير هذه الاستراتيجية إلى طريقة تـرك الأطفال يجربون ويواجهون النتائج المنطقية لسوء سـلوكهم، ليدركوا بأنفسهم أهمية القاعدة السلوكية التى تخطوها، ولكـن مع مراعاة أنه قد يكون هناك نتائج طبيعية يصـعب تطبيـق ذلك عليها، أو قد ينتج عن تطبيق ذلك عليها وقوع خطرا ما.

ج-العزل لبعض الوقت: وربما كان من أفضل الأساليب التقنيـة المفيدة فى هذا المجال هو أسلوب عزل الطفل لبعض الوقـت عند إساءة السلوك وخاصة فى الأماكن العامة، ويمكن توجيه الأمر إلى الطفل بالجلوس منعزلا فى ركن من الأركان لفترة ما عند سوء التصرف أو يجب ألا تطول الفترة أكثـر مـن اللازم، حيث من المناسب أن تكون لدقيقة واحدة عن كل سنة من العمر.

د- حرمان الطفل من ميزة كان يستمتع بها: عندما يصل الطفـل إلى عمر يتعذر معه عزلـه فى ركن ما بسبب السلوك، فإن الكبار يمكنهم حرمانه من أحد المزايا التى يستمتع بها كوقت مشاهدة التليفزيون أو إحـدى ألعـاب الفيـديو، أو التحـدث بالهاتف، ولكن يجب تجنب سلب إحدى المزايا التى قد ينـتج عن سلبها إبطال تطور خبرة بناءة لدى الطفل.

ه- التكرار الزائد للتصحيح: ويوصى بهذا الأسلوب التقنى لتحقيق تغيير سريع فى السلوك وتصحيحه، فمثلا إذا أسـاء الطفـل التصرف فإنه يتعين مطالبته بإعادة السلوك الصـحيح عـدة مرات.

و- نظام إحراز الطفل درجـــات خاصـــة بالســـلوك: فبالنســـبة للمشكلات المزمنة فإن معظم علماء النفس يوصون بتطبيـــق نظام يحصل الأطفال من خلاله على درجات نظير سلوكيات إيجابية محددة بشكل واضح، ويمكن أن يحصل الأطفال على جوائز نقدية على حسن السلوك إما مباشرة أو علـــى المـــدى البعيد، ويتم طرح درجات عن كل حالة من حـــالات ســـوء السلوك أو التصرف.

هكذا بات الذكاء العاطفى مفهوما جد مؤثر فى نمو كافـــة جوانب شخصية الطفل، وهنا يحضرنا قول الكاتـــب الأمريكـــى "أوليفر هولمز "OLIVER HOLMES" أنه عندما تتاح للعقـــل فرص الإطلاع على فكر جديد، فإنه من المستحيل لهذا العقـــل أن يتقلص بعد ذلك أبدا إلى ما كان عليه من قبل.

ولعل هذا الفكر يتمثل فى المحاولات الجـــادة والمســـتمرة نحو تنمية ما أنعمت به الطبيعة على الكائن البشرى فى مقابل ما فرضته عليه بالفعل ألا وهو الذكاء العاطفى (EQ) مـــن مقابـــل معدل الذكاء (IQ) الفعلى لديه.

ومع ما تقدم فإن توجهات وقاية الطفل مـــن الاضـــطراب والشذوذ قد يأخذ منحنى أخر يتضح فى العديد مـــن الإجـــراءات وذلك يتضح لنا فيما يلى.

٢- إتباع الإجراءات الوقائية المختلفة بشكل مناسب

يذكر (حامد زهران) أن الخطوط العريضة الوقائية مـــن الاضطراب المرضى تتركز فى الإجراءات الوقائيـــة الحيويـــة، والإجراءات الوقائية النفسية والإجراءات الوقائية الاجتماعية:

- الإجراءات الوقائية الحيوية:

تركز الإجراءات الوقائية الحيوية فى التأكيد على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثناءه والرعاية الصحية التالية للفرد. وتحاول كذلك تعدل العوامل التناسلية بحيث نحصل على أفراد أصحاء منذ البداية، وتتضمن الإجراءات الوقائية الحيوية ما يلى:

أ- الصحة العامة: وتشمل:

١- رعاية الأم طبيا ونفسيا منذ وقت الإخصاب وأثناء الحمل وعند الولادة وبعدها.

٢- وقاية الأطفال من الأمراض وتنمية المناعات لديهم وتحصينهم وتطعيمهم ضد الأمراض المعروفة.

٣- تكوين عادات العناية بالجسم والنظافة.

٤- التخلص من العوامل الخطرة فى البيئة.

٥- إعداد الوالدين لدور الوالدية.

٦- تغيير العوامل غير السليمة فى مواقف الحياة لضمان علاقات عائلية هادئة ولضمان بيئة نفسية صحية بالنسبة لكل من الأطفال والوالدين.

٧- الفحص الطبى الدورى لضمان الاكتشاف المبكر لأى عرض عضوى.

٨- العلاج النفسى والاجتماعى المبكر لإزالة العوامل المسببة للاضطرابات.

ب- النواحي التناسلية وتشمل:

١- منع ولادة أطفال لوالدين لديهما أمراض وراثية.

٢-رسم خريطة "كروموزومية" للعروسين تفيد فى التنبؤ باحتمال وجود أى مرض عضوى فى نسلهما مستقبلا.

٣-دراسة التركيب الفعلى للمورثات "الجينات" للتفريق بين المورثات العادية والمرضية.

- الإجراءات الوقائية النفسية:

مفتاح الصحة النفسية هو أن ينمو الفرد نموا سليما وينشأ تنشئة اجتماعية سوية وأن يتوافق شخصيا واجتماعيا ومهنيا وأن يعرف مشكلاته حين تطرأ فى حياته ويحددها ويدرسها ويفسرها ويضبطها ويعالجها. وتتضمن الإجراءات الوقائية النفسية ما يلى:

أ- النمو النفسي السوى: ويشمل:

١- العمل على تحقيق أكبر درجة من النمو والتوافق فى كل مراحله وفى كافة مظاهره فى ضوء مطالب النمو.

٢- المرونة فى عملية الرضاعة والتدريب على الإخراج والتنشئة الاجتماعية.

٣- التوجيه السليم والمساندة، وضرب المثل والقدوة الحسنة أمام الطفل.

٤-سيادة جو مشبع بالحب يشعر فيه الطفل بأنه مرغوب فيه ومحترم.

٥- عمل حساب أثر المستوى الاجتماعى الاقتصادى فى عملية النمو.

٦-تعليم الوالدين وتأكيد أهمية العلاقات الصحية بينهما وبين الطفل ولفت الأنظار إلى خطورة العلاقات السيئة.

٧- إمداد الوالدين بالمعلومات الكافية عن النمو النفسى للأطفـــال، ضمانا للنمو النفسى الصحى للشخصية.

٨- ضمان ملاءمة المناهج التربوية لمرحلة نمو الأطفال وقدراتهم وحاجاتهم.

ب- نمو المهارات الأساسية وتشمل:

١- تحقيق التوافق الانفعالى، ويتضمن:

- رعاية النمو الانفعالى وتربية الانفعالات وترويضها من أجل تحقيق التوافق الانفعالى.
- العمل على التخلص من الحساسية الانفعالية والتعبير الســليم عن الانفعالات.
- القدرة على التعبير عن السلوك السوى بانفعالات عادية والقيام بالواجبات رغم هذه الانفعالات.
- القدرة على ضـــبط الانفعـــالات المشـــكلة مثـــل: الخـــوف، والغضب، والعدوان والحزن.
- تشجيع الانفعالات الإيجابية مثل: الحب، والمرح ممـــا يمـــلأ الحياة بهجة وسعادة.

٢- تحقيق التوافق الاجتماعى ، ويتضمن:

- وجود علاقة متينة مع الوالدين أو من يقوم مقامها من الأهل.
- رعاية النمو والتوافق الاجتماعى وتنمية الذكاء الاجتماعى.
- تحقيق علاقات اجتماعية سوية مع الأشخاص الهامين فى حياة الطفل.
- فهم الذات وتنمية مفهوم موجب للذات، وفهم الآخرين وإقامة علاقات متينة بينهم.

٣- رعاية النمو العقلى: ويتضمن:

- رعاية نمو المهارات العقلية والـذكاء والتحصـيل وتنميـة الابتكار والتوافق الدراسى.
- توفير إمكانات التعليم ونمو المهارات الكافية فى التعلم وحـل المشكلات.
- التوجيه التربوى الذى يضمن تحقيق مستقبل تربـوى نـاجح وموفق.

جـ- التوافق الزواجي ويشمل:

١- التوجيه والإرشاد قبل الزواج.

٢- التوفيق فى الزواج المبنى على المشاركة فى الخبرات وتكوين روابط انفعالية قوية.

٣- بناء وحدة أسرية قوية تضم أطفالاً أصحاء مما يشعر الوالدين بالنجاح.

٤- تحقيق العوامل الأساسية للزواج السعيد مثل النضج الانفعالى للزوجين والاتجاهات الواقعية.

٥- التجاذب الجسمى والتقارب الانفعالى والتوافق الجنسى.

د- التوافق المهنى ويشمل:

١- التوجيه المهنى الذى يضمن الاختيار الموافق والنجاح والرضا والتقدم فى العمل.

٢- التوافق المهنى مما يؤدى إلى التحرر من القلق الاقتصـادى وإلى الشعور باحترام الذات.

هـ- المساندة أثناء الفترات الحرجة وتشمل:

١- المساندة الانفعالية لأفراد الأسرة فى مواجهة المواقف الأليمة مثل الطلاق - الموت.

٢- المساندة الانفعالية للطفل من جانب الوالدين لتجنب الصدمات الانفعالية.

٣- المساندة الانفعالية لمساعدة الفرد فى تخطى العقبات وأثناء الضغوط والاضطرابات.

٤- تهيئة الظروف اللازمة للنمو النفسى السوى فى حالة فقدان أحد الوالدين أو كليهما.

و- التنشئة الاجتماعية وتشمل:

١- مساعدة الأطفال والمراهقين خلال عملية التنشئة الاجتماعية فى تعلم الأدوار الاجتماعية والقيم والمعايير الاجتماعية وفلسفة الحياة.

٢- تنمية المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصى والاجتماعى.

٣- تقبل المسئوليات الاجتماعية والإسهام فى التقدم الاجتماعى.

- الإجراءات الوقائية الاجتماعية:

يولى العلماء اهتماما متزايدا بالإجراءات الوقائية الاجتماعية. ولقد زاد الاهتمام بالبحوث العلمية "المحلية والقومية" والدولية التى تركز على فهم وتصحيح وضبط الأسباب الاجتماعية للاضطرابات النفسية وتتضمن الإجراءات الوقائية الاجتماعية ما يلى:

أ- الإجراءات الاجتماعية العامة، وتشمل:

١- رفع مستوى المعيشة والاهتمام بالإسكان والتخطيط السكانى ووسائل المواصلات.

٢- الاهتمام ببرامج التوعية بوسائل الإعلام المختلفة.

٣- الاهتمام بالبرامج الوقائية فى مراكز رعاية الأسرة ومراكز رعاية الطفولة والأمومة.

ب- الدراسات والبحوث العلمية، وتشمل:

١- البحوث حول مدى حدوث وتوزيع الاضطرابات النفسية مع الاهتمام بوصف أنماط السلوك الشاذ.

٢- البحوث حول الأسباب الاجتماعية للسلوك المنحرف.

٣- البحوث حول الآثار النفسية و المشكلات الناتجة عن التقدم التكنولوجي والصناعى.

جـ- التقييم والمتابعة وتشمل:

١- تقييم نتائج الجهود الوقائية والعلاجية والآثار الجانبية لبعض أنواع العلاج ووسائله.

٢- تقييم برامج الصحة النفسية التى تقوم بها المؤسسات العامة والخاصة.

٣- تقييم ومتابعة عمل المعالجين النفسيين والأطباء النفسيين فى عملهم الحر.

وإذا كانت التوجيهات الوقائية سالفة التناول تتخذ لتجنب الوقوع فى المرض والاضطراب فماذا يكون الحال إذا وقع المرض بالفعل، حينئذ تكون التوجهات العلاجية.

ثانيا: التوجهات العلاجية للاضطرابات الوجدانية للطفل

ويقصد بالعلاج (THERAPY) محاولة التغلب على أسباب المشكلة وتغيير السلوك غير السوى إلى سلوك سوى وذلك عن طريق التغلب على مواطن الضعف إن وجدت من خلال توظيف أفضل الإمكانيات الذاتية التى يمتلكها الطفل، أو الإمكانيات البيئية والتى يمكن أن تخفف من حدة الموقف الإشكالى، وذلك لأجل تحقيق أفضل أداء وأفضل استقرار ممكن للفرد.

وتشمل التوجهات العلاجية أبعادا وطرقا كثيرة للعلاج تتفرع عن نظريات وطرق العلاج النفسى المتعددة، إلا أنها تكون بشكل رئيسى هدفها هو علاج الشخصية أو الطفل المضطرب للوصول بها إلى شاطئ الأمان والسواء النفسى لذا يمكن تناول أساليب العلاج فى قسمين، وهما:

١- العلاج الذاتى:

ونقصد به تلك الجهود الموجهة نحو الفرد الذى يعانى من مشكلة ذاتية، وباستخدام طرق العلاج النفسى المناسبة، والعمل على إزالة ما يعانى منه بقدر الإمكان، واستثمار طاقاته، بل طاقات من يحيطون به ويهمهم أمره بأكبر درجة ممكنة حتى ينجح هذا الفرد فى القيام بدوره بالشكل الذى يساعده على تقبل ذاته بما تحمله من قدرات وإمكانات، وتقبل مجتمعه والتعايش معه بما يحمله من قيم ومعتقدات.

٢- العلاج البيئى:

ويمكن التصدى له فى نوعين، وهما:

١- العلاج البيئى المباشر: ويتمثل فى الخدمات والإمكانات البيئية والموارد التى يمكن أن تقدم للفرد.

٢- العلاج البيئى غير المباشر: وهو يتمثل فى الجهود التى تبذل نحو الأفراد المحيطين بالطفل وكـذلك المؤسسـات بهـدف الوصول إلى أكبر قدر من المنفعة التى يمكن أن تعود علـى الفرد.

وقد أجريت دراسات عن العلاج الأسرى مثـل دراسـة نجوى إبراهيم مرسى الشرقاوى (١٩٩٢) وأكدت النتائج وجـود علاقة إيجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة العلاج الاسـرى وتخفيض معدلات حدوث السلوك العنيف لطفل ما قبل المدرسـة لانه يجب الاشارة الى صعوبة الفصل بـين العـلاج الـذاتى، والعلاج البيئى فهما وجهان لعملة واحدة، على الأخصائى أن يهتم بهما معا فى التعامل مع الحالة، مع تركيزه على النوع الذى لـه الدور الأكبر عن الآخر فى حدوث الاضطراب.

ولعل اتقاء الشر دائما قبل حدوثه خير من تركه يقع، ومن ثم تكون أهوال التعرض له لذا فنحن لا نقلل مطلقا مـن الفائـدة القصوى للمنهج العلاجى، ولكن بالأحرى أن يكون علينا تـوخى الحذر والوقاية فالوقاية دائما كما يقال خير من العلاج.

الملخص

الطفل هو الهدف الأول للتربية عموما والتربية الوجدانية والصحة النفسية بصفة خاصة .

وأهم المؤسسات المنوطة بالتربية الوجدانية والصحة النفسية للطفل هى:

أولا: الأسرة باعتبارها الرحم الثانى للطفل و أول جماعات تربية الطفل وتشكيل شخصيته ، بما لها من دور حيوى فى تحقيق إشباعات سوية لتطور حاجات الطفل الانفعالية، فالوالدين النموذج الأول لسواء أو اضطراب الطفل، وحرمان الطفل منهما أو من احداهما له اثاره السلبية على صحته النفسية.

ثانيا: جماعة الرفاق كعامل للتربية الوجدانية المؤثرة على الصحة النفسية للطفل .

ثالثا: المدرسة كعامل للتربية الوجدانية المؤثرة على الصحة النفسية للطفل، من خلال تحقيق أهداف الصحة النفسية فى رياض الأطفال.

على يد معلمة الروضة و الممثل الثانى للعالم الاجتماعى للطفل.

رابعا: وسائل الإعلام كعامل للتربية الوجدانية المؤثرة على الصحة النفسية للطفل.

و بما أن الصحة النفسية هدف التربية الوجدانية فى المجتمع لابد من التركيز على

توجهات العناية بالاضطرابات الوجدانية للطفل وأثرها على صحته النفسية وتشمل تلك التوجهات المحاور التالية:

- أولا: التوجهات الوقائية للاضطرابات الوجدانية للطفل وتمثلـــت في:

١-طرق جديدة لرعاية الأطفال الناشئين (الذكاء العـــاطفى طريقـــة جديدة لتنشئة أطفال أسوياء).

٢-إتباع الإجراءات الوقائية المختلفة بشكل مناسب.

- ثانيا: التوجهات العلاجية للاضطرابات الوجدانية للطفل وشملت:

١-العلاج الذاتي.

٢-العلاج البيئي.

الفصل الثالث

سيكولوجية الأنا
وميكانيزمات الدفاع

إن دراسات فرويد فى سيكولوجية الأنا توجت دراساته السابقه التى أنفق فيها زهاء ربع قرن، انشغل أثناءها بارتياد الجوانب المترامية من الحياة النفسية اللاشعورية التى لم يرتدها أحد من قبله، والتى تزخر بالدفعات الغريزية وأحوالها وما يدور بينها وبين جوانب نفسية، أخرى من صراعات يشقى بها الانسان دون أن يعلم مصدر شقائه، وتبرز من بينها دفعات ذات طابع شبقى لا تقتصر فى فحواها على مفهوم الجنس بالمعنى المألوف من حيث أن لها تاريخ أركيولوجيا أثناء الطفولة ووظائف بناءة لحياة الانسان بما هو انسان، وقد أطلق فرويد على الطاقة المحركة لهذه الدفعات لفظ " الليبيدو" وسجل هذه الاكتشافات فى كتابه ثلاث مقالات فى نظرية الجنس عام ١٩٠٥، وذلك بعد أن أتيح له أن يفتح باب عالم اللاشعور على مصرعيه من خلال أعظم اكتشافاته التى سجلها فى كتابه تفسير الأحلام عام ١٩٠٠ اكتشافات أوضحت "طبيعة العمليات" التى تأسس بنيان الحلم وهذيان المجنون والحياة النفسية عن الطفولة جميعاً...

وعندما فرغ فرويد من أرتياده لهذه المنطقة من الحياة النفسية التى تبهر وتروع من يفحصها لغرابة مكوناتها واختلاطها أختلاطاً شديداً

عما نألفه فى حياتنا الشعورية واجهته مشكلة مصير الليبيدو فى الامراض العقلية، فانتهى إلى أن الليبيدو الذى يقوم بدور الرباط الذى يوثق العلاقات الانسانيه يرتد فى حالات الأمراض العقلية من موضوعاته إلى الانا، ومن ثم لم يعد الأمر صراعا بين "غرائز" الانا" وغريزه الجنس واتضح أن الانا مصدر لليبيدو يضفى على الغير فيكون ليبيدو الموضوعات وعندما يرتد إلى الأنا يتسم بنرجسية يلوء بحملها الأنا وينقطع الرباط بين الذات والغير.

وعن ذلك لم يكن مناص من أن يوجه فرويد حسه النفاذ إلى دراسة الأنا وأحوالها فى الصحة والمرض جميعا فكانت الحقبة التى جرى العرف فى التحليل النفسى على أن يطلق عليها دراسات الأنا. (٥٧)

ولكن متى يلجأ الأنا إلى استخدام حيله الدفاعية... ؟

يبدأ أى سلوك أو نشاط انسانى بوجود دافع يدفع الانسان إلى هدف خاص ويهدف إلى اشباع هذا الدافع، وعندما يعاق الكائن الحى من الوصول إلى هدفه ويحبط اشباع دافعه يأخذ فى القيام بكثير من الأعمال للتغلب على العائق والوصول إلى الهدف واشباع الدافع،

والمحاولات التي يقوم بها الفرد للتغلب على ما يعترضه من عوائق كثيرة متنوعة.

ويلجأ الفرد في أول الأمر إلى طرق مباشرة للتغلب على العائق كأن يزيد من مجهوده ونشاطه، ولكن حينما يفشل مرة أخرى على حل مشكلاته ولا يستطيع أن يتغلب على العوائق التي تعترض طريق اشباع دافعه لقد يتجنب هذه العوائق ويؤدي ذلك إلى ابتعادهم عن أهوائهم الأصلية، أو أن يلتمس طريقا آخر وأن يغير من وسائل حله للمشكلة فاذا فشل في ذلك أيضا وفشلت كل الطرق المباشرة السوية في حل المشكلة، فانه يلجأ عادة إلى كثير من الطرق الاخرى الغير مباشره والتي ترمي إلى تخفيف حدة التوتر النفسي وتقليل حالة الضيق وتعرف هذه الطرق الغير مباشرة بالحيل الدفاعية.

فالحيل الدفاعية - هي عبارة عن أنواع من السلوك أو التصرفات التي ترمي إلي تخفيف حده التوتر النفسي المؤلم وحالات الضيق التي تنشأ من استمرار حالة الاحباط مدة طويلة بسبب عجز الانسان عن التغلب على العوائق التي تعترض اشباع دوافعه. (٥٠)

والحيل العقليه شائعة ومألوفة عند جميع الناس، وهم يلجأون اليها في كثير من المناسبات غير أن الاسراف في الالتجاء اليها يدل

على وجود حالة مستمرة من عدم التوافق وعلى وجود حالـة اضطراب - نفسى، والاعتماد المسرف على الحيل العقلية يلحق بالفرد كثيرا من الأضرار فهو يعوقه عن القيام بالتوافق السليم، ويقلل من قدرته على حل مشكلته حلا موفقاً، كما أنه يضر بعلاقات الفرد الأجتماعية ويسبب له كثير من المشكلات وتتميز جميع الحيل العقليه بسمتين مشتركتين:

١- أنها تنكر وتزور وتحرف الواقع...

٢- أنها تعمل لا شعوريا بحيث لا يفطن الفرد إلى ما يحدث...

والحيل العقليـة كثيرة وقد وردت فى كتابات مدرسـة التحليـل النفسى أسماء حيل عقلية عديدة مثل:

النكوص، الكبت، الاسـقاط، الاعـلاء والتسـامى، تكويـن رد الفعـل، الانكار، التبرير، الابدال، التسوية أو التوفيق، التكثيف، النقل، التثبيت، التمثل، التدهور والتقمص والتعيين، العزل، التهذيب، أحلام اليقظـه، الوهم - الخداع، الاستدماج، الرمزيـه، التحويل، التخيل اللاشـعورى، التعطيل، تقييد الأنا، التعويض، وبعض هذه الميكانيزمـات متضمن فى غيره أو يكاد يكون مرادفاً لغيره وأكثر هذه المصطلحـات مـن وضـع فرويد، وبعضها وضع من أتباع فرويد.

الإسقاط

PROJECTION

هو إحدى الحيل اللاشعورية التي تهدف إلى إلصاق ما في داخل الفرد من صفات أو مشاعر أو دوافع أو رغبات أو أفكار غير مقبوله من قبل الأنا إلى أشياء أو أشخاص خارجيين.

ويقول فرويد: إن ما يوجه الفرد هو ادراكاته التي تأتيه من الخارج أو من الداخل أما ما يأتيه من الخارج فأمره هين اذ يستطيع الفرد أن يغير أو يتفادى ما لا يروقه فيما يأتيه من الخارج، أما ادراكاته الداخليه من دوافع غريزيه لا ترحم فلا يستطيع منها مهربا، ولذلك يسقط الفرد - دون شعور منه - دوافعه الداخليه غير المرغوب فيها إلى الخارج حتى يستطيع أن يصطرع معها بأكثر يسر.

وتقوم كثير من اختبارات الشخصية على آليه الاسقاط، سواء في الوسائل الاسقاطيه (اختبار T.A.T) أو في اختبار (الرورشاخ) واختبار الصور الأربعة أو نحوها.

ففي اختبار الـ T.A.T ، عندما نقول أن شخصا يسقط نفسه في حكايه يحكيها. فاننا نعني بذلك أنه يتكلم عن بطل القصه كما لو كان هو

نفسه هذا البطل، أو بمعنى آخر أنه يخلع دوافعه وانفعالاته المكبوتة على أبطال الحكاية دون أن يدرى.

وعن هذا الطريق نسمح لبعض انفعالاتنا المكبوتة بالتعبير عن نفسها والخروج إلى الحياة من جديد وإن لبست شخصيات أخرى غير شخصيات أصحابها.

وفى تعامل السوى مع الغير كثيرا ما يسقط على الاخرين من الصفات ما يجيش فى أعماقه مما لا يقبل الأنا الاعتراف به.

التبريـر

RATIONALIZATION

التبرير هو الميل اللاشعورى لاختلاق أسباب غير الأسباب الحقيقية التى تؤذى شعورنا، وما يتضمن ذلك من خداع النفس لنفسها، والتبرير صفة شائعة لدى المرضى والأصحاء على السواء. (٥٧)

والتبرير من آليات الأنا الدفاعية التى تقول بها مدرسة التحليل النفسى وكان أول من ذكره هى "ارنست جونز" وهى ترى أن الجزء اللاشعورى من الأنا هو الذى يصطنع التبرير ليخفى الدافع الحقيقى الدفين.

فعندما يواجه الفرد موقفا لا يستطيع فيه أن يتصرف تصرفا عاديا أو أن يذكر الأسباب الحقيقية وإلا فقد احترامه لنفسه واحترام الناس له فيذكر أسبابا زائفة تخفف من لوم الفرد لنفسه إزاء اضطراره للتصرف على النحو الذي ذهب إليه - وإزاء الأسباب الزائفة التي يبديها ويأتي التبرير نتيجة صراع بين ما يريده الفرد بالفعل وبين ما يمكن أن يحققه وأن يصل إليه ومن ثم يتضح مدى شيوع استخدام هذه الوسيلة - التبرير - كثير من مواقف حياتنا. وفي التخلص من المواقف الصعبه التي تواجهنا وإزاحتها بعيدا بإيجاد أسباب غير حقيقيه تظهر هذه المواقف على غير صورتها.(١)

فيكسب الفرد سلوكه صورا منطقية لا تكون في الحقيقة هي الدافع لذلك السلوك. وإنما قام به المرء بدافع وجداني واستجابة لرغبة غير شعورية، ولكنه يحاول أن يجد لسلوكه مسوغات يبرر بها هذا السلوك.

وكل إنسان يود أن تكون تصرفاته معقوله وأن تقوم على أساس من الدوافع المقبوله. ولهذا فإن الفرد حين يخرج من تصرفاته عن الحد المعقول. ويصدر في سلوكه - بعض الدوافع التي لا ترضيه أن يقر بها ويعترف بنسبتها إليه - يعمد إلى تفسير سلوكه تفسيرا يبين به

لنفسه وللناس أن سلوكه معقول لا غبار عليه وأن ما دفعه إليه ليس أكثر من دوافع مقبولة يحترمها الناس. (٦٠)

وهذه العملية التى يلتمس فيها الفرد الأعذار المقبولة المنطقية لتصرفاته تسمى بالتبرير....

الكبت

REPRESION

الكبت عملية لا شعورية يقوم بها الجانب اللاشعورى من الانا ويتميز الكبت عن القمع Suppression فى أن عمليه القمع شعوريه وأن الانسان يكون على علم بدوافعه ورغباته التى يجد أنها لا بد وأن لا تظهر أمام الاخرين فيقوم بقمعها وضبطها خضوعا لأوامر ونواهى الجماعه التى ينتمى اليها الفرد.

أما الكبت فهو على خلاف القمع يتم على المستوى اللاشعورى فلا يكون الفرد واعى بنوازعه التى تم كبتها لأنها حيله من حيل الأنا للحفاظ على تكامل وتوافق شخصيه الفرد.

ويعنى الكبت عند فرويد عمليه أو آليه لاشعوريه، يقوم به الجزء اللاشعورى من الأنا - ويتضمن اللاشعور المادة اللاشعوريه

التى لم يسبق خروجها إلى حيز الشعور من التسلل اليه، ويطلق فرويد على هذه العمليه اسم الكبت الأولى Primarg repression أما عن القاء المادة الشعوريه غير المرغوب فيها أى الأفكار والوجدانات والذكريات والرغبات التى تؤلم الأنا أو لا يتقبلها لتعارضها مع مقتضيات الواقع الخارجى والأنا الأعلى من الشعور إلى اللاشعور. فهذا هو الكبت الثانوى Secondary Repression ويتجنب استخدام كلمة كبت لهذا النوع.

والكبت عند فرويد هو من أول وأهم وسائل الأنا فى الدفاع عن نفسه ضد الصراع والقلق. ولكن لما كانت المادة المكبوتة تظل بمثابة خطر كامن يهدد الايجو، وهو ما يدعوه فرويد عودة المكبوت فان الجزء اللاشعورى من الأنا لا يكتفى بالكبت بل يستخدم وسائل أخرى وهذه الوسائل هى باقى ميكانيزمات الأنا الدفاعيه.

تكوين رد الفعل

REACTION FORMATION

تتضمن تلك الوسيله الدفاعيه ابدال مشاعر مثيره للقلق فى الشعور بنقيضها. فمثلا تبدل الكراهيه بالحب، وبهذه الوسيله تدفع الفرد إلى التكيف وتخفف من حده التوتر والقلق الناتج عن المشاعر الأصليه

وان كانت نوع من تشويه للحقيقة، وفى هذه الحاله تظل الدفعه الاصليه موجوده الا انها تقنع وتنطلى عن طريق عكسها والتى لا تسبب القلق والتوتر.

وكثيرا ما يكون التساؤل عن كيفيه التمييز بين تكوين رد الفعل وبين التعبير عن الدفعه أو الشعور الاصيل، فمثلا كيف يمكن أن نميز بين حب أصيل حقيقى وبين تكوين رد الفعل، عادة يتميز تكوين رد الفعل بالإسراف فى التظاهر والمبالغه – فيبالغ الشخص فى مشاعره والصور المتطرفه من السلوك فى أى نوع تشير عادة إلى تكوين رد الفعل مثل ذلك عندما يبالغ الزوج فى معاملته زوجته ويغرقها بالصحبه والهدايا فى نفس الوقت الذى يخونها فيه مع امرأة أخرى فكما لو كان شعوره بالذنب وتأنيب الضمير الذى يعجز عن مواجهتها بصراحه فتظهر هذه الحيله كدفاع عن هذا القلق وتأنيب الذات العليا. ولا نقصد هنا حاله الفرد الذى يبالغ فى مجاملـه وتكريم واظهار حب مزيف لشخص آخر يمقته لأن فى هذه الحاله يفعل ذلك بوعى وشعور منه، لكن فى حاله تكوين آلية رد الفعل فيأتى السلوك بشكل لا شعورى كغيره من ميكانيزمات الدفاع الأخرى وذلك تجنبا لحالات القلق وما يصاحبها من شعور بالاثم.

التثبيت والنكوص

FIXATION AND REGRESSION

وفقا لنظريه فرويد في مراحل النمو النفسي الجنسي والتي أعطى فرويد فيها أهميه كبيره للسنوات الست الاولى من حياة الطفل، ويرى أن الخبرات التي تحدث في الطفوله الاولى تؤثر تأثيرا كبيراً على الشخصيه وتمدها بسماتها المميزه لها ويذهب فرويد إلى ان الشخصيه تمر بخمس مراحل هامه للنمو تسمى بالمراحل النفسيه الجنسيه... وأن كل مرحله من هذه المراحل تتضمن قدرات من الحصر والاحباط بحيث لذا جاوز ذلك الحد. فقد يتوقف النمو السوى للشخصيه أى أن يصبح الشخص مثبتا على احدى هذه المراحل المبكره لان الانتقال إلى المرحله التاليه يكون مشحونا بالحصر، مثال ذلك تثبيت العلاقه الوجدانيه بين الطفل وأمه أو الطفله وأبيها والنابع من المرحله الأوديبية والتي يشعر فيها الطفل بحبه الشديد للوالد من الجنس الآخر وكراهيه وغيره للوالد من نفس الجنس، والمفروض في النمو السوى أن يدرك الطفل عدم واقعيه الاستمرار في هذه الميول مما يجعله يكبتها ويتقمص شخصيه الوالد من نفس الجنس عن طريق اتخاذه للدور الجنسي الملائم وبذلك يتعلم كيف يحول حبه إلى أناث آخرين بالنسبه للولد الذكر وإلى رجال آخرين بالنسبه للبنت الانثى وذلك في مرحله

الرشد وبهذا يعتبر نمو طبيعي، ولكن هذا بالطبع لا يحدث مع جميع الأفراد فقد يظل الشخص مثبتا على هذه المرحله دون الانتقال إلى مرحله تاليه، فتثبيت العلاقة الوجدانيه بين الطفل ووالديه والتابع من الجنسيه الطفليه لا يمنعه من أن يتعلم تحويل ذلك الحب إلى آخرين وفى الانتقال إلى مرحله نمو أخرى بكامل طاقته لليبديه النفسيه وما يحدث هو أن يبقى جزءا من لليبدو مثبتا فى موضوع أو مرحله طفليه بينما تترقى أجزاء أخرى من لليبدو إلى مرحلة أرقى وأكثر نضجاً.

وفى البحث النفسى المرضى Psychopathology لبعض الحالات النفسيه والعقليه المرضيه، من وجهه نظر التحليل النفسى... يرى البعض أن كل مرض يتضمن تثبيتا فى مرحله لبيديه معينه، فالهستيريا التحوليه تثبيت على المرحله الأوديبية المبكرة، والعصاب القهرى تثبيت على المرحله الشرجيه المتأخرة والفصام تثبيت على المرحله الفمية المبكرة – والبارانويا تثبيت على المرحله الشرجيه المبكرة.

وهناك ميكانيزم آخر مرتبط بهذا الميكانيزم وهو النكوص وثيق الصله به وفى هذه الحاله ينكص أو يرتد الشخص الذى يقابل احباطات وخبرات ومشكلات يعجز عن حلها إلى المرحله التى سبق وحدث فيها

تثبيت لجزء من الطاقه الليبيديه وذلك اذا ما طرأ ما يعطل اشباع الرغبه في المرحله المتطوره، ووفقا لمرحلة التثبيت يميل الفرد إلى النكوص إلى هذه المرحله والتي سبق أن ثبت عليها والتي تجذب الليبدو اليها. ويقول فرويد أن مرجع النكوص هو الحرمان والتثبيت.

ومن أمثله الارتداد أو النكوص الصريح عودة المرء في سن ناضجه أو ربما بعد الزواج إلى مرحلـه تعشق الذات وممارسه العادة السريه التي قد يجد لذته فيها أو أكثر مما يجدها في العلاقه الجنسيه الغيرية Heterosexuality مع زوجته وهذا اعتراف صريح أو قد يرتد واحدا إلى مرحله جنسيه مثليه Homosexuality ولكنه لا يحقق هذه الميول المنحرفه تحقيقا صريحا بل يكبتها ويلقيها في اللاشعور، ولكن هذه الميول المنحرفه غير الشعوريه توجه سلوكه كما قد تؤدى احيانا إلى اتجاهات هذائيه. (٦٤)

التقمص

IDENTIFICATION

وتستخدم كلمه توحد أو تعيين أو تقمص وكلها تتضمن معنى مطابقة شيئين لأعتبارهما واحدا، أو احلال احدهما محل الاخر.

وفى اللغه (التقمص) هو ارتداء القميص، ويقال على سبيل الاستعاره تقمصت الروح جسدا أى دخلت فى جسد ولبسته كما يلبس القميص).

وكذلك شاع القول على سبيل الاستعاره أيضا تقمص واحد شخصيه فلان أى عاش بشخصيه فلان.

وتميز مدرسه التحليل النفسى نوعين من التقمص:

التقمص الأولـــى: ويطلق على تقمص الطفل للوالد من نفس جنسه فى المرحله الاوديبيه، وهى المرحله التى يمر فيها الأولاد بعقده أوديب وتمر البنات بعقده الكترا – ففى عقده أوديب يشتد حب الولد لأمه ويشعر بالغيره نحو أبيه الذى ينافسه فى حب أمه – غير أن خوفه من عقاب والده الذى يتخذ صوره الخوف من الخصاء يضع حدا لحبه الشديد نحو أمه ويدفعه إلى التخلص من عقدة أوديب حيث يقوم الولد بكبت تشوقه نحو أمه وتقمص شخصيه أبيه ويحدث أيضا من البنت فى أن تتقمص شخصيه أمها عن طريق اتخاذها دور الأنثى.

أما عن التقمص الثانوى.

فهو كل ما يتم من تقمص بعد ذلك.

والتقمص يشبه التقليد كثيرا وان كان يختلف عنه فى بعض النواحى فنحن فى التقليد نتخذ من سلوك غيرنا أنموذجا نحتذيه، فالطفل يلذ له أن يقلد والده ويرتدى ملابس الكبار وينحو نحوهم فى تصرفاتهم، ولكننا لا نتقمص الشخص الذى نقلده الا اذا كنا نحمل له الحب فى قلوبنا كما أن فى التقمص الحق لا يقتصر على تقليد شخص أو نهج منهجه، وانما التقمص يتضمن شعور الشخص بأنه قد أصبح فى الخيال والوهم – نفس الشخصيه المتقمصه، فنحن لا نصبح مشابهين له فقط وانما نصبح واياه شيئا واحد نحس بنجاحه وفشله ونشعر بفرحه وأسفه.(٦٠).

وهناك نوع آخر من التقمص وهو التوحد بالمعتدى With the Agressor Identification وهو من ميكانيزمات الانا الدفاعيه ويفيد تقمص الشخص لمن هو أقوى منه أو من يخيفه أو يقف فى سبيل رغباته فالطفل يتقمص شخصيه والده والضعيف يوحد ذاته بشخص أقوى، والطفل فى لعبه قد يمثل شخصيه الطبيب الذى يخشاه فيلبس ملابسه – ويمسك بسماعته وهو يخاف من الشرطى فيلعب دور الشرطى – ويخاف العفاريت فيلبس قناعه العفريت ويصبح بذلك لا يخاف الشخصيه التى توحد بها فقد أصبح واياها شيئا واحدا.

التسامي والإعلاء

SUBLIMATION

وهو أيضا ميكانيزم من ميكانيزمات الأنا اللاشعوريه أو حيله دفاعيه تعنى الارتقاء أو التسامى أو التعالى بنزعات الفرد الغريزية العدوانية أو الجنسية (نزعات الأيد "ID") إلى اتجاه نافع ومفيد ومقبول من الذات والآخرين وصولا لنوع من التوافق الذاتى الداخلى - والتوافق الخارجى مع البيئة. فمثلاً التسامى بالدفعة العدوانية تجاه الآخرين إلى العمل والتفوق فى مجال الجراحه فيحدث نوع من اشباع للرغبة الجنسية المحرمة فى شكل فن فيعبر عنها الفرد فى رسم لوحات جميلة لجسم المرأة عارية جذابة وبالتالى تنجح الأنا فى التوفيق هو نوع من تشويه وتحريف للواقع ولكن يتضمن تخفيف لحدة التوتر النفسى المؤلم وحالات الضيق التى تنشأ نتيجة استمرار وجود الدفعة وطلبها للاشباع.

ويرى البعض المحبة والصداقة بين المراهقين من نفس الجنس تسام بالجنسيه المثلية فى صورها البدنية.

وبهذا نرى فى التسامى التعبير عن الدوافع التى لا يقبلها المجتمع بوسائل يقرها المجتمع ويرتضيها.

التعويض

COMPENSATION

لذا ما شعر الفرد بالعجز فى موقف معين فهو يميل نحو تعويض ذلك العجز والفشل إلى نجاح وتفوق فى موقف آخر حتى يقلل حدة التوتر الناتج عن حالة الاحباط التى يتعرض لها. فالفشل فى العلاقات الزوجية قد يعوضه بعض الأفراد فى النجاح فى مواقف العمل أو الدراسة وقد يبالغ الشخص فى التعويض ليثبت تفوقه وامتيازه فى الموقف الذى خفق أو فشل فيه كنوع من الابدال، ويرى فرويد فى التعويض عملية لا شعورية تهدف إلى اخفاء الاتجاهات اللاشعورية التى لا يستسيغها الشعور بتقوية – اتجاهات مضادة لها.

ويرى البعض أن هتلر وموسولينى وفرانكو وستالين كانوا على شاكلة نابليون من قصر القامة، وأنهم عمدوا إلى تحصيل قوة الشخصية وجمع النفوذ السياسى فى أيديهم بعد أن عز عليهم أن يغيروا ما وهبتهم الطبيعة إياه من أجسام وقامات.(٦٠)

وفى رأى أدلر أن فى أنواع الاضطراب النفسى صوراً من التعويض عن الشعور الدائم بالنقص والفشل فى التفوق...

الانكـــار

DENIAL

والانكار واحد من ميكانيزمات الأنا الدفاعيه - حيث يغفل الفرد - بواقع لا شعورى - ادراك بعض المدركات الحسية فتفوته رؤيـة بعض الاشياء أو سماع بعض الأقوال نتيجـة عوامـل أنفعاليه، أو مثل عدم القدرة على التحقق من شيء برغم وضوحه للحواس.

وقد يكون الاغماء فى بعض المواقف المؤلمـة صـــورة مـن ميكانيزم الانكار.

ويقول مصطفى زيور (أنه يمكن للمحتوى اللاشعورى المكبوت أن يدخل منطقـة اللاشـعور علـى شـرط أن ينكـر - والانكـار وسـيلة لمعرفة المكبوت أى لابطال الكبت. وإن كـان الانكـار لا يتضمن قبـول المكبوت. ومن الميسور أن نتبيـن علـى أن نحو تنمية الوظيفة العقلية وتتميز عن الوجدان ذلك بأن الانكار لم يبطل إلا نتيجة واحدة من نتـائج الكبت (أعنى امتناع الاسـتبصار بـالمحتوى اللاشـعورى، اذ يـترتب علـى الانكار الوقوف على ما كان مكبوتا - ولكن الكبت لا يزال فـى أساسه قائما من حيث أن الانكار يتضمن رفض الاعتراف بالمكبوت، ولما كان الانكـار ضربـا من الحكم المنطقى وكـان الحكم هو الوظيفة العقليـة

الاساسيه. لان كل تفكير لا يعدو أن يكون حكما. فالانكار أى الحكم بصيغة النفس انما هو البديل العقلى للكبت - فبواسطة صيغة النفس يتحرر التفكير من قيود الكبت ويتزود بمحتويات كان يفتقر اليها للقيام بوظيفته. (٥٧)

ويستطرد مصطفى زيور الحديث عن هذا الميكانيزم "الانكار" (... الانكار يختلف عن الميكانيزمات الدفاعيـة الأخـرى) ولا سيما ميكانيزم الكبت فى أنه لا يوجه إلى مغالبة مطالب الغريزة، بل يوجه إلى وقائع مؤلمة فى العالم الخارجى. الا أنه حين تغلبت محتويات اللاشعور من قبضة الكبت وتصبح شعورية فتستثير الضيق والألم أو عندما يندلع وجدان الهيبة (الخوف بلامبرر واضح). أو الحسرة المريرة نتيجه للاحباط، فقد يعتمد "الانا" إلى ميكانيزم الانكار يستعين به على التخلص من الوجدان المؤلم ويعالجه وكانه واقع خارجى مؤلم. فغاية الانكار فى نهاية الامر، تفادى الهيبة والشعور بالعجز أو الخطـه أو الملامة مما يخدش نرجسية الذات (اعتبار الذات وتقديرها لذاتها).

الاضطرابات السلوكية

عرفنا أن الحيل العقلية هى عبارة عن أنواع من السلوك التى ترمى إلى تخفيف حده التوتر النفسى المؤلم، وحالات الضيق التى تنشأ عن استمرار حاله الاحباط مدة طويلـه بسبب عجز الفرد عن التغلب على العوائق التى تعترض اشباع دوافعه وذلك بعد أن يعجز عن حل مشاكله بالطرق المباشرة التى تعتمد على التحليل المنطقى للمشكله.

وعندما تكون الحيل العقليه غير كافيه لتخفيف القلـق، فـان الانسان يلجأ إلـى صـور أخرى من السلوك التوافقى إلى أو السلوك المضطرب أو الشاذ.

ونستطيع أن نصنف الاضطرابات السلوكية إلى : -

(أ) الاضطرابات العصابية ومنها :

١- القلق العصبى.

٢- الوسواس القهرى.

٣- العصاب الرهابى (المخاوف المرضيه).

٤- هستيريـا.

(ب) الاضطرابات الذهانية الوظيفية ومنها :

١- الفصـــام ٢- البارانويا ٣- الذهان الوجدانى.

(جـ) الاضطرابات الذهانية العضوية منها :

١- الضعف العقلى ٢- الصرع

(د) الاضطرابات النفسجسمية... السيكوسوماتية.

(هـ) الاضطرابات السيكوباتيه

(الاستجابات الضد اجتماعية).

العصاب

"الأمراض النفسيه"

مقدمة

الأمراض النفسية أو "العصاب" مجموعة من الاضطرابات الوظيفية التى لم يكشف لها عن سبب عضوى وتصيب الشخص وتبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية وتعتبر المظاهر الخارجية لحالات من التوتر والصراع اللاشعورى وتؤدى إلى اختلال جزئى يصيب أحد جوانب الشخصية.

ويخلط البعض بين الأمراض النفسية والعصابية وبين الأمراض العصبية والعضوية التى تنشأ عن تلف أو اصابات فى النسيج العصبى نتيجة لاضطرابات هرمونية أو تلوث ميكروبى... والواقع أن العصاب

ليس له علاقه بالأعصاب وهو لا يتصمس أى نوع من أمـراض الجهاز العصبى.

ويظـن البعض أن الأمراض العصابيـة النفسية لا تختلـف عـن الأمراض الذهانية الا فى الدرجة فقط - بمعنى أن الأمراض العصابيـة ما هى إلا حالات مخففة من الأمراض الذهانيه.

ولقد أثبت العلم الحديث خطأ هذا الزعم والواقع أن هنـاك فروقـا متعدده بين النوعين ترجع غالبا إلى عادات تكيفيه تنتج عن عدم القدرة على تحمل التوتر النفسى الناشىء عن القلق أو الشعور بـالذنب وجميـع ما تقدم يتبع العصاب بعكس الاضطرابات الذهانية التى لها تـأثير كلـى على الشخصيه مما تجعل الشخص خطـراً على نفسه وعلى مجتمعه، ويعمى المرض بصيرته بعكس العصابى الذى يرتبط بالواقع ويحس بـه وله القدرة على التبصر فى أمور نفسـه وتقدير حالته وتعرفه لنواحـى شذوذه ويسعى إلى علاج حالته التى يطرأ التغير الجزئـى لها والتـى لا تغير العالم الخارجى كلية عنه، بعكس الذهانى غير المتصل بـالواقع نهائيا نتيجه لتغيير شخصيته كليا وجزئيا ودخوله إلى عالم آخر خـاص به من الأوهام. (٥٥)

تعريف العصاب:

الاشكال غير الحادة من اللاسواء Abnormality تسمى أعصبة (عصاب Neurosis) وتشمل أنواع السلوك التى نراها للأشخاص، العاديين ولكن - تظهر فى الأعصبه بتكرار وبشدة أكثر وضوحا وكل الاعراض العصابيه يمكن النظر اليها كتعبير عن قلق - أو كمحاولات غير ناجحة للتعامل مع المواقف المخيفة أو التى تسبب تهديدا وهى حصيلة توتر طويل الامد.

فالعصاب النفسى يشمل أنواعا من اضطرابات السلوك الناشئه عن فشل الافراد فى التوافق مع أنفسهم ومع البيئه المحيطة بهم وهو عبارة عن تعبير عن مشكلات نفسيه وانفعاليه ومحاولات غير ناجحه للتوافق مع التوترات والصراعات الداخلية.

ان الأمراض العصابية (النفسيه) هى نوع من الانحراف يظهر فى سلوك الانسان وتصرفاته ويجعله يأخذ فى مواقف معينة بذاتها - طريقا غير طبيعى، والعصابى يحتفظ بشخصيته ويدرك تماما ما يحيط به من أمور ويعيش ويتعامل مع الناس معاملة عادية - يحتفظ بذاكرته (الا فى بعض أحوال فقدان الذاكرة) ويفكر تفكيرا سليماً يناسب الحالة التى يكون عليها ويعمل ويتصرف كأى شخص عادى إلا أن مرضه

يظهر فى ناحية معينة بذاتها يشعر بها صاحبها ولا يدرى بها سببا، ويود لو تخلص منها.

ففى الحالات النفسية يشعر المريض بحالته ويرغب فى التخلص منها وفيما عدا الناحية التى يشكو منها لا يختلف عن الانسان العادى فهو يتعامل مع الاخرين معامله سليمه ويتوافق مع ظروف الحياه المختلفه.

إن العصابين يتمتعون بكامل قواهم العقليه والكثير منهم على درجه عاليه من الذكاء والكفايه فى تصريف ما يسند اليهم من أعمال ومن المتفق عليه أن الاعراض التى يشقى بها هؤلاء المرضى تنشأ من صراع بعض الرغبات الغريزية ومقتضيات الواقع والخلق والمريض النفسى يأخذ جانب مقتضيات الواقع ويحجر على الرغبات ومع ذلك فان المرض النفسى يؤثر فى حياة المريض تأثيرا لاشك فيه فيضطرب تقديره لنفسه كما يضطرب تقديره للأخرين فهو غالبا ضعيف الثقة فى نفسه، هذا فضلا عن أن الاضطراب يشيع فى العطفة فقد يكون عزوفا عن الاتصال بأفراد الجنس الأخر كأنهم مصدر شر وأذى - حقا أن المريض النفسى لا يخلو من قدر من الاستبصار بأحواله يجعله ينكر من نفسه هذا التناقض أو الانقباض الذى يعتريه دون سبب معقول ومع

ذلك فان حسن ادراك المريض للواقع لا يعفيه من السلوك فى الحياة سلوكا يشير إلى أن ادراكه للواقع يعوزه السداد فكأن المريض يعرف الواقع ويخطئه معا.

إن جميع الأعراض فى الامراض النفسية تعبير عن تخيلات تقوم لدى المريض مقام الواقع - والخيال يكافىء الواقع والنية تساوى الفعل فى الامراض العصابية.(٥٧)

كما أن العصابين وخاصة عصابى القلق فريسة لتوقع الشر الابدى المتربص به، فتوقع الشر هذا يظهر بقوة فى المناسبات غير المعتادة التى تتضمن شيئا جديدا غير متوقع أو غير مفهوم.

تفسير فرويد للعصاب:

لمدرسة التحليل النفسى نظريات لتعليل كل نوع من أنواع العصاب.

يقول فرويد:

(.... فى العصاب فلم يعد الايجو بعد قادرا على القيام بمهمته التى كلفه بها العالم الخارجى، ولم تعد له حرية التصرف جميع خبراته اذا أفلت منه جزء كبير من ثروة ذكرياته، وكفت نواهى الأنا الأعلى

الصارمة نشاطه، واستنفذت محاولاته اليائسه فى صد رغبات الهو الغريزية طاقته، وأثارت النزوات المستمرة من الهو الاضطراب فى منظمته، وقد أرقته الدوافع المتناقضه والصراع الذى لم يهدأ والشكوك التى لم تحل.

ويرى فرويد أنه لا بد من وجود ثلاث شروط أو عوامل تعمل على خلق العصاب : الحرمان، والتثبيت، والقابلية للصراع الناشىء عن الأنا – فلا يمكن وجود العصاب بدون صراع، ويتكون الصراع الذى يثيره الشعور بالحرمان والاخفاق من رغبات متناقضة وعندما يصاب المرء بالاخفاق يضطر الليبدو إلى ايجاد طريق وأهداف أخرى. من ثم يكون هناك صراع بين الانا والميل الجنسى، وبعبارة أخرى، يحدث تصادم بين الدوافع المتوافقة والمنسجمة مع الأنا وبين الدوافع التى تهدد أو يبدو أنها تهدد الانا.

ويشير فرويد إلى أن الصراع نفسه ليس أمرا غير عادى، بل لكى يصبح الصراع مرضيا، عن أن يتمم الاخفاق الداخلى اخفاقاً خارجياً ويرجع عدم وقوع بعض الناس فى براثن المرض النفسى من جراء الاخفاق هو لانهم يستطيعون إلى درجة ملحوظة على الأقل أن

يتخلوا عن أهدافهم التى كانت منشأ ارضاء لهم فى مراحل سابقة وأن يتخذوا لهم أهدافا جديدة ذات علاقة بالقديمة.

فالشخص الذى لايستطيع أن يجد اشباعاً خارجياً حقيقياً لطاقته النفسيه بسبب المتطلبات الخلقية، ربما تضطر الدوافع اللبيديه إلى أن تصبح مكبوته. ويؤدى التثبيت الذى يحدث فى الطفوله إلى جعل الاخفاق اكثر احتمالا ومن هنا ينشأ صراع بين الحوافز الجنسية، ومقدرة الأنا الكابته بسبب مطالب الأنا العليا واذ يحاول اللبيدو المعاق ان يجد له منفذا اى اشباعاً فانه يرتد إلى اوضاع سابقه كان قد تخلى عنها أو كبتها فيرتبط عاطفيا بها من جديد- ويحدث هذا التراجع بطريقه لاشعورية بوجه عام - أما الأساليب التى يتخذها اللبيدو كمنافذ فتظهر بشكل تخيلات واحيانا بشكل أعراض عصابية، والمرض هنا هونتيجه أو تعبير مشوه لتحقيق رغبات اللبيدو اللاشعوريه المكبوته.(٥٩)

فقد افترض فرويد أن العوامل الرئيسية التى تسبب الاستجابه العصابيه هى مؤثرات بيئيه تظهر فى الخمس سنوات الاولى من حياه الفرد وان أى صدمه نفسيه خلال هذه الفتره تؤثر على النمو الجنسى للطفل وتجعله فى حاله "تثبيت" ولا يستطيع العبور بعدها للمرحلة التاليه

- مما يؤثر فيما بعد على حالته النفسيه، وبالتالى تظهر الامراض النفسيه عند تعرضه لأى إجهاد أو شدة. (٨)

وقد ميز فرويد بين العصاب الحقيقى True Neurosis وبين العصاب النفسى Psychoneurosis، فالعصاب الحقيقى يظهر نتيجة حالات جسميه تنشأ عن اضطراب الحياه الجنسيه للفرد مثل الزهد أو الانغماس الزائد، اما العصاب النفسى فهو سيكولوجى المنشأ.

وقد فسر فرويد السلوك العصابى بنظريات مختلفه منها : ذكر فرويد أول الأمر أن العصاب النفسى ينشأ نتيجه صدمة نفسيه جنسيه خلال السنوات الاولى.

ثم فسر السلوك العصابى على أساس الصراع الأوديبى بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الاخر ثم أضاف فى شرحه أن أصل العصاب النفسى هو الصراع الشديد بين مكونات الشخصية خاصه الهو والأنا الأعلى ثم فسر الاهمال البيئى المبكر بأنه من العوامل المشجعة للعصاب.

ثم وصل على أساس بحوثه السابقة إلى أن أسباب العصاب النفسى متعددة وأرجعه لعدة عوامل.

ذكر أن العصاب إنما يشير إلى حالات مرضيه ذات أصول نفسيه أعراضها تعبير رمزى لصراع نفسى تمتد جذوره فى طفولة المريض وأن وظيفه العصاب الأساسيه هى أنه يقوم بتسويه بين قطبى الصراع بين الرغبه والدفاع والعصاب جميعهما. (٥٧)

ومن أمثلة الصراع العصابى: استحالة الانفصال عن موضوع حب سابق لم يعد موضوع حب بعد، سواء كان سبب ذلك العجز العصابى عن التحول إلى موضوع جديد، أو لنبذ الشعور لموضوع بسبب مشاعر الاثم حيال الموضوع القديم، وفى هذا الموقف يكشف التحليل النفسى دائماً عن تكرار نموذج طفلى أولى وإن كان متخفيا حول الموقف الفعلى.

وفى بعض الحالات تعبر الميول العصابيه عن نفسها فى شكل استجابه صراعيه للعالم الواقعى، كما يتجلى فى حالات أخرى كيف أن السبب الخارجى يقوم بدور"العامل المحرك" الذى يحول علاقته بالعالم الخارجى- التى تتسم بطابع السراع المزمن - إلى مرض عصابى، أى أن المرض العصابى يدين بوجوده لنفس المصادر العميقه التى أدت إلى ظهور المصاعب السابقه فى التكيف للواقع. (٦٣)

القلق النفسي

عرف الانسان القلق منذ أقدم العصور، وكثيراً ما يطلق على العصر عصر القلق، بسبب انتشار الاضطرابات النفسية والعقلية، وقد يكون القلق النفسى مرضاً أوليا، كما أنه مرض مصاحب لمعظم الامراض الذهانيه والعصابيه، والقلق أحد مظاهر الشخصيه العصابيه تأثيراً سلبياً شديدا على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة ويعوقه عن أداء واجبه كاملاً وعن الاستمتاع بالحياة. (٥٥)

.. والقلق خبرة وجدانية غير سارة Unpleasant يمكن وصفها بأنها حاله من التوتر "Tension" والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ القلق شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابه نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئه ويؤدى إلى سلوك يهدف إلى اعاده التوازن.

وقد كان "فرويد" أول من اقترح دورا حاسما للقلق فى كل من نظريه الشخصيه، وفى دراسه اسباب الاضطرابات النفسيه والنفسجسمية. فقد كان يرى أن القلق هو الظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية فى العصاب (المرض النفسى) وقد عرفه بأن شيء ما يشعر

به الانسان أو حالة انفعالية نوعية غير سارة لدى الكائن العضوى، ويتضمن مكونات ذاتية وفسيولوجية وسلوكية. (٤)

ويرى فرويد أن الأنا (Ego) هى دائماً موطن القلق، ولا يؤدى الكبت إلى القلق، وانما يعمل القلق عل كبت العامل الذى أثار القلق وعلى استخدام سائر الآليات الدفاعية.

ويعتقد البعض أن القلق استجابة انفعالية عامة للمشقة، والقلق شعور أو احساس بالفزع أو الرهبة أو الهواجس، وهو شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسميه، يأتى فى نوبات تتكرر لدى نفس الفرد. (٨)

ويعتبر القلق فى ظل الظروف العاديه مصدرا من مصادر الدافعيه ويقود مثله فى ذلك مثل بقية مصارد الدافعيه السلوك ويوجهه نحو هدف والهدف فى حاله القلق هو خفض مستوى القلق الناتج عن عدم اشباع الدوافع. (٥٤)

ويمكن اعتبار القلق باعثا أو حافزا على السلوك، والمعروف أن الفرد يمتثل للتوقعات الاجتماعية عن طريق اشعاره بما يهدد شعوره بالأمن، ان التهديد يجعله قلقا اذا لم يمتثل للتوقعات الاجتماعيه ان

تهديدات القلق تغذى كثيرا من الممارسات المقبوله لدى المجتمع وتصبح الضوابط الخارجيه داخليه أى يمتصها الفرد، وتظهر فى شكل ضميره الخلقى، وعلى ذلك يشعر الفرد بمزيد من الارتياح عندما يتصرف وفقاً لما يتوقع منه المجتمع، إن افكره سلوكه خلافا لما يتوقع المجتمع تجعله يشعر بالذنب واللوم ومن ثم تثير مشاعر القلق. ونظراً لأن القلق شعور غير سار فان الانسان يسعى لتحاشيه وفقا لما يمليه عليه ضميره الخلقى. (٣٥)

ولما كان السبب الحقيقى للقلق العصابى غير شعورى صاحبه يشعر بالقلق دون أن يعرف له سبب فى الشعور، ولكن هذا القلق الهائم يميل إلى الالتصاق بأى فكره يجعل منها موضوعا للقلق، وقد يبدو هذا الموضوع منطقياً أو غير منطقى على الاطلاق. أما القلق الموضوعى فيرجع إلى سبب خارجى معروف.

غير أن القلق الموضوعى والقلق العصابى قد يجتمعان معا، فقد يضطرب الفرد من موضوع خارجى من المعقول ان يثير القلق، ولكن اضطرابه يكون اكثر مما ينبغى.

فالقلق الطبيعى أو الموضوعى هو رد فعل يتناسب مع كم وكيف التهديد ويدفع الانسان ليجد طرقا لمواجهة التهديد بنجاح، ولا

يوجد فرد يعيش بلا قلق، وبينما يكون قدر محدود من القلق ضرورياً للنمو. فإن قدرا كبيرا منه يكون معوقا، وبرغم الفرد على تكوين دفاعات عصابية أو ذهانية (٣٥).

وتختلف النظرة إلى القلق باختلاف المدارس والاتجاهات، وقد نجحت كل من نظرية التحليل النفسي وبخاصة على أيدى "فرويد" وكذلك نظريه التعلم والنظرية المعرفية فى القاء الضوء على مختلف الجوانب النفسيه والجسميه والكلينيكية للقلق، وبخاصة مدرسة التحليل النفسى التى أدخلت مصطلح (الحصر) لأول مرة وميزت بين الحصر الموضوعى، والحصر العصابى، والحصر الخلقى فى ضوء تلك الخبرة القاسية أو الحصر الولادى النمط النموذجى لمختلف حالات الحصر اللاحقه. (٥٣) (٤٥)

إن التوافق الجيد يقتضى قدرا معقولا من القلق المثير للدافعية والمعين على الالتفاف حول العوائق، فاذا فقد الانسان السيطرة على التحكم فى مستوى القلق، فان زيادة هذا القلق واستمراره يعوق التوافق ويقود إلى آثار سلبيه، بل قد يشتد القلق ويستمر ليصبح مرضاً نفسياً (عصابيا) وقد يظهر فى صورة أعراض جسميه مختلفه ليس لها أساس عضوى فيما يعرف باسم الأمراض النفسجسمية.(٥٤)

وعموما فإن القلق يسم صاحبه بحالة من التعب والارهاق وعدم القدرة على الانجاز، وكلها مظاهر تشتد وضوحا مع تزايده، حيث يعانى السلوك من الاضطراب وعدم التوازن.

إن نسبية الصحة النفسية والتى تحدثنا عنها فى الجزء السابق تنسحب بالفعل على القلق النفسى، ولأن هناك جدلية بين الفرد والمجتمع حيث أثبتت البحوث أن التكوين النفسى للفرد هو فى النهاية المحصلة الأخيرة لاساليب التنشئة الاجتماعيه، وفى ضوء هذا التكوين النفسى تتفاوت قدرة الافراد على احتمال ما يلقونه من مواقف وشدائد، وما يعترضهم من عقبات ومشكلات.

ولهذا قامت المؤلفه بدراسه(*) عن قلق الشباب للتعرف على أثر العوامل الثقافية والحضارية على ظاهرة القلق لدى الشباب الجامعى فى مجتمعين عربيين يشتركان فى خصائص عامة تحد سمات (قاسم عربى مشترك) ويختلفان فى خصائص أخرى (ثقافيه حضارية وطنية).

(*) لمزيد من الدراسة فى هذا الموضوع يرجع إلى: سهير كامل أحمد: قلق الشباب - دراسة حضاريه فى المجتمعين المصرى والسعودى (دراسات نفسيه)، يوليو ١٩٩١.

وهدف البحث إلى دراسة الفروق بين الشباب فى المجتمعين المصرى والسعودى على (سمة القلق) وحالة القلق فى ظروف محايدة، وحالة القلق فى ظروف ضاغطه، والميل العصابى، هذا بالاضافه إلى الفروق بين الجنسين. وتكونت عينه الدراسه من ٢٤٠ من الطلاب الجامعيين من الجنسين فى المجتمعين موضوع الدراسة، واستخدمت المؤلفة لهذا الغرض أربع مقاييس (لقائمة القلق، الحالة والسمة)، (قائمة ديلوبى للميل العصابى)، (مقياس قلق الامتحان) .. وقد أظهرت الدراسة عبر - الحضاريه، الملامح المميزة لسيكولوجيه القلق لدى الشباب المصرى وسيكولوجيه القلق لدى الشباب السعودى نتيجه للأوضاع الاقتصاديه والاجتماعيه والثقافيه الخاصه بكل مجتمع.

الوساوس القهرية

OBSESSIVE Compulisve Neurosis

عصاب الوسواس القهرى

وسمى بالعصاب القهرى أو المتسلط لأنه العصاب الذى يستحوذ على صاحبه ويكون بصورة اجبارية.

ويكون السلوك القهرى صريحا مثل تكرار غسيل اليد أو الجسم أو ضمنيا يتمثل فى عدم القدرة على الهروب من الفكرة المتسلطة.

والشخص المريض بالوساوس القهرية قد يظهر كثير من التناقض فى سلوكه فيحتمل ان يكون متصلبا وجامدا ودقيقا فى نواح معينه من سلوكه.

الا انه يكون على النقيض من ذلك فى جوانب أخرى. فالرجل الذى قد يكون نظيفاً بدرجة قهرية فى ملبسه ومظهره، يمكن أن يترك حجرته فى حالة من الفوضى التامة، وقد يكون الشخص شديد التصلب فيما يتطلبه فى جوانب معينة من سلوك الآخرين أو من سلوكه هو ولكنه مهمل أشد الاهمال وغير منطقى فى جوانب أخرى من السلوك تبدو للناظر شبيهة بالأولى.

وغالباً مايكون هؤلاء الأشخاص تعساء بأمراضهم لاتجاههم نحو الاستبطان القهرى فيبدو الفرد عاجزاً عن التخلى عن التفكير فى نفسه وهم دائماً قلقون، مسالمون، حساسون، عاطفيون، ترديون.

فى هذا النوع من العصاب تتردد على المريض باستمرار وعلى غير رغبته فكرة معينة، أو يلازمه انفعال أنفعاله بازاء أشياء أو مواقف معينه أو يحس بدافع يدفعه إلى اتيان عمل معين يبدو له وللغير سخيفا أو خاليا من المعنى أو القيمه أو الهدف (وان كان له فى الواقع مغزى

رمزى) ولكنها تسبب له كثير من الضرر والمتاعب، والشعور بالضيق والقهر.

أن هذا العصاب من أقل الامراض النفسيه شيوعا وقد وجد الدكتور/ أحمد عكاشه فى أحد ابحاثه أن نسبته بين المترددين على عياده الطب النفسى بمستشفى جامعة عين شمس حوالى ٢,٦٪ .(٨) ويظهر هذا المرض على شكل أعراض تختلف فى مظهرها من مريض لآخر.

الوساوس المتسلطة فى المجال الفكرى:

ومن الأمثلة الشائعة لهذا المرض النفسى أن تستحوذ على المريض فكرة معينه قد تكون فكرة سوية أو فكرة سخيفة. وتتردد هذه الفكره باستمرار على ذهن المريض وتتسلط بحيث لايستطيع ردها أو التخلص منها كأن يسيطر على مريضة بأن زوجها سوف يموت بحادث سيارة وتسيطر عليها هذه الفكرة دائما فاذا خرج زوجها يكون ذلك بمثابه قلق وخوف مستمر لها وهذه الفكرة تجعلها قلقه دائما فى كل وقت.

الوساوس المتسلطة في المجال الوجداني :

وقد يظهر الوسواس أو الحواز في المجال الوجداني أو الانفعالي في صورة شك أو ارتياب أو خوف، وتعتبر الفوبيا أو المخاوف المرضية من صور الحواز كأن يخاف من التلوث أو من أشياء معينة لا داعي للخوف منها. ومن أمثلة الشكوك أن تشك ربة البيت في أنها أغلقت أنبوبة البوتاجاز قبل أن تخرج وتعود للتأكد ثم تخرج ويعاودها الشك فترجع مرة أخرى للتأكد... وهكذا..

الوساوس المتسلطه في مجال الافعال:

أما في مجال الاعمال فان المريض يحس بدافع يدفعه إلى اتيان عمل معين، مثل تكرار غسيل يديه وملابسه باستمرار ومن أشهر صور الأعمال الحوازية العد، فهو يعد حروف الكلمات التي تقع عليها عينه ويعد البلاط اثناء السير وقد يحدث هذا مع الأسوياء في كثير من الإحيان، ولكن الفرق هو عدم القدرة على التخلص من هذه الأفعال في المريض القهري وتسيطر عليه هذه الأفعال بشكل يشل سلوكه الاجتماعي ويجعله حبيس أفعاله.

وقد تظهر هذه الأعراض في بعض الأمراض الذهانيه ولكن الفرق هو أن المريض بالوسواس يعلم باليقين عدم صحة أفكاره وافعاله

فهو يحتفظ باستبصاره تماماً بينما الذهاني مقتنع تماماً بصدق أفكاره وأعماله لأنه فاقد أو غير قادر على الاستبصار. وهذا مايميز الوسواس القهرى عن الذهان.

وهناك أفعال قهرية يعود ضررها على المجتمع وتسمى بالأفعال القهريه المضادة للمجتمع Anti-Social-Compulsions فالأشكال السابقه يعود ضررها على صاحبها ولاتقوده إلى الجريمه فى العادة، بيد أن هناك من أنواع الوسواس مايؤدى الى ذلك. مثال ذلك

(١) السرقة القهرية: KLEPTOMANIA

يقوم بها الشخص الذى يشعر دائما بالخطر والحيرة والاضطراب الحاد وانه تحت تأثير هذه المشاعر يميل إلى ايقاع الأذى بالآخرين. (٦٠)

فيقع المصاب به فريسة لفكرة خاصة تسيطر عليه وتجعله يقدم على السرقة كلما اتيحت له الفرصة من غير أن يدرى سببا لذلك أو حقيقة الواقع الذى يدفعه، ومن غير ان يكون فى حاجة لما يسرقه. وفى كثير من الاحيان يكون المصابون بهذا المرض من الاغنياء الذين تتوافر لديهم الامكانيات للحصول على الأشياء التى يسرقونها ومن أوساط اجتماعيه لايتصور احد أن يقدم أحد أفرادها على السرقة.

وقد دلت الدراسات أن الاشـياء التـى يسـرقونها المصـابون بهـذا المرض لها صلة بالدوافع التى تسيطر عليهم. وتـدل علـى هذه الدوافـع وغالبـاً مـا تكـون هـذه الداله رمزيـة، كـأن يسـرق رجـل مصـاب بهـذا المرض ملابس السيدات ويسرق النوع من الملابـس فحسب. وقد يدل ذلك على دافع جنسى قوى عمل هذا الرجل على كتبه وظهر بعد ذلك فى هذا التصرف. (١)

(٢) اشعال الحرائق القهرية :

وهـى كالسرقة القهريـة يقوم بهـا المريـض دون معرفـة للدافـع وراءها أو الهدف منها ويشعر بالراحة والسرور بعد اتيانها بالرغم ممـا تسببه من أذى للأخرين.

أسباب الوسواس القهرى:

يختلف تحليل الباحثين لأسباب المرض وفقاً لاتجاهاتهم العلمية والمدارس النفسية التى ينتمون اليها.

ففـى تفسـير فرويد للوسـاوس القهريـة، فيرجعهـا إلـى الميـول الجنسـة والعدوانيـة الطفلية المبكـرة المكبوتـة. كمـا قد يتضمـن اخفـاء الرغبة المحرمة المكبوتة. ويرجعه إلى اضطراب فى المرحلة الشرجية فى تكوين الشخصية وقسوة الانا الأعلى للمصاب به.

وفى كتابات فرويد الأخير. قال : "إن حالات الوساوس والافعال القهريه تحدث للمريض الذى كانت لديه خبرة جنسية مبكره نتيجة اغراء كان المريض قائماً فيها بدور سلبى (خبرة جنسية فيها عدوان جنسى على المريض) فى طفولته حيث يكون قد مارس خبرة جنسية تحت تأثير غواية لعب فيها دوراً سلبيا. وبعد ذلك عندما يصل الفرد إلى النضج الجنسى فانه بكبت ذكريات تلك الخبرات الجنسية المبكره تقوم الذات بحماية نفسها من هذه الفكرة المكبوتة بأنواع من السلوك القهرى والأفعال القهرية والمخاوف مثل المخاوف من النجاسة ومن الناس خوفا من أن يستكشفوا أفعاله الشائنه فالخوف من الجروح (الدم) خوف من الجرح الطبيعى الناتج عن العمل الجنسى الشائن الذى وقع له فى طفولته". (٦٠)

ويرجعه ادلر إلى عقدة التفوق، ويرجعه يونج إلى اللاشعور الجمعى.

ويذكر أحمد عكاشة (٨) انه يوجد الكثير من الشواهد التى تزيد احتمال نشأة المرض من أسباب فسيولوجية، أهمها ظهوره فى الأطفال بطريقه عاديه حيث لم يكتمل نضج الجهاز العصبى مع وجود اضطراب فى رسام المخ الكهربائى لهؤلاء المرضى وظهوره بطريقة

دورية واحتمال نشأته بعد أمراض الجهاز العصبي مثل الحمى المخية، والصرع النفسي الحركي كل ذلك يؤيد الأساس الفسيولوجي.

ويظهر مرض الوسواس عادة في الشخصية الوسواسية والتي تتميز بالضمير الحي، والحساسية، وتقدر المسئولية وذكاء متوسط، وفوق المتوسط، طموحه إلى تأكيد شخصيتها، خجولة متطرفة، تقييم الأمور بمعايير مطلقة لايمكن بلوغها، مدققة مع الغير، تنتظر الكمال المطلق من الآخرين، وتحاسبهم على أتفه الأمور، وتتميز أيضاً هذه الشخصية بحب الروتين والدقة والاهتمام بالتفاصيل ، وهم ينجحون في الأعمال الإدارية.

ويذكر مصطفى زيور (٥٧) بصدد الوسواس القهري : ".. إن جميع الاعراض العصابيه تعبير عن تخييلات تقوم لدى المريض مقام الواقع فمثل المريض النفسي مثل قوم يؤمنون بالسحر وأن المريض النفسي والتفكير السحري يقومان على أساس واحد أعني أن الخيال يكافيء الواقع والنية تساوي الفعل. ويظهر التفكير السحري- اكثر ما يظهر - في الاعراض الوسواسية القهريه مثل غسل اليدين مرارا وتكرارا بحجه التطهير من الميكروبات والقاذورات ولكن التحليل النفسي لهذه الاعراض يدل على ان القاذورات التي يجتهد المريض في

أن يتطهر منها انما هي قاذورات معنوية أي مشاعر ورغبات يعتبرها المريض شرا وقذارة ينبغي ان يتطهر منها فأغتسال وهو فعل ورغبات يعتبرها المريض شرا وقذارة ينبغي ان يتطهر منها فالاغتسال وهو فعل مادي يستخدم في الغاء نية الشر وابطال الدنس المعنوي. مثله فـي ذلك مثل الطقوس السحرية".

وقد يلزم المريض نفسه بالقيام بافعال رتيبة أو ترديد عبارات خاصة حتى لايلحق مكروه بشخص من اقربائه، ومهما بلغت درجة ذكاء المريض الوسواسي وثقافته فهو دائما شديد التطير، يؤمن ايمانا راسخا بما تحمله رغبته وافكاره من قوة خارقة بالرغم من علمه بأن المنطق لايجيز ذلك. فاذا جاءت بخاطره فكرة سوء بصدد شخص بعينه جزع عليه أشد الجزع ليقينه أن السوء سيحل بذلك الشخص لامحالة. وقد يذهب التفكير السحري مذاهب نابية فتراه يفزع إذا قرأ عن حادثة قتل خشية أن يكون هو الفاعل ويدل التحليل على أن مصدر هذا الفزع شعور بالاثم لما كان يراوده نوايا سيئه واعتقاده أن نواياه لها سلطان مطلق.

تعتبر المخاوف المرضية من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا بصفة عامة وعند الأطفال بصفة خاصة ، فالخوف عند الأطفال هو العصاب ، فإلى جانب أنه يمثل الاستجابة العصابية الأولى عند الأطفال فإنه يمثل نقطة البداية فى كثير من حالات العصاب والذهان لدى الراشدين .

و نادرا ما نجد طفلا لا يخاف ، إلا إذا كان الأمر يتعلق بانخفاض مستوى الذكاء كما هو الحال لدى ضعاف العقول الذين يفتقدون إدراك مواطن الخطر فقد يمسكون ثعبانا ، وأحيانا لصغر عمر الطفل مثل طفل العام الواحد الذى يقبض على ذيل القطة وهو يخيل له أنه يلعب معها .

فمخاوف الأطفال تنشأ وتختفى ، ولكن هناك العديد من الأطفال تنشأ لديهم مخاوف تتناسب وأعمارهم ، فأطفال الثالثة والرابعة، والخامسة يتمتعون بحياة أخيولية خصبة تولد فيهم الخوف من الكائنات المتخيلة ، وهم قادرون أيضا على إسقاط مشاعرهم على الغير، والتوحد مع أى شئ يرونه ، ويعيشون بضعة مخاوف جديدة.

أما المخاوف المرضية فهى هلع من مواقف أو أشياء لا تستوجب في ذاتها الهلع ،وتتميز بأنها تبدأ من خبرة معينة أثارت خوفا شديدا و يغلب أن يكون حدوثها من الطفولة ، ولا يستطيع الفرد تذكر حدوث تلك الخبرة (إلا أثناء العلاج النفسي) أى أنها مكبوتة في اللاشعور،حيث كانت هذه الخبرة مما يثير الخزى أو الشعور بالذنب

مما يجعل خروجها إلى اللاشعور أمرا مؤلما للفرد ، و إن كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته فإنها تمتد إلى عدة أشياء أو مواقف أو ترمز إلى الموضوع الأصلى ، والمصاب بهذه المخاوف يدرك تماما أن مخاوفه سخيفة و خاطئة و لا مبرر لها ، و لكنه يعجز عن مقاومتها أو التخلص منها .

وفى جميع حالات الفوبيا يتجنب المريض الموضوع المخيف حتى لا يقع فريسة للقلق ،وإذا فشل الكبت ،فإن المخاوف المرضية تبدأ في الامتداد و التوسع فيخاف المريض من كثير من الأشياء و المواقف لدرجة يصعب معها أن يحيا حياة طبيعية،ولما كانت طبيعة المخاوف المرضية طبيعة رمزية فإن علاجها يتطلب البحث في أعماق النفس حتى يتم اكتشاف مصادرها في الطفولة المبكرة.

تعريف المخاوف المرضية :

هناك العديد من التعريفات التى وضعها العديد من العلماء والباحثين لتعريف المخاوف المرضية

وتعرف المخاوف المرضية بأنها :

" خوف مبالغ فيه **من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدر للخطر** ، وهو غير منطقى وغير معقول،وهو يختلف عن الخوف العادى الذى يشعر به الإنسان حينما يخاف من أشياء أو مواقف تشكل خطرا بالفعل ."

والمخاوف المرضية " هى نوعٌ من الخوف الشديد ، **والذى لا يستند إلى أسباب قوية أو أسباب معقولة** بالنسبة للمريض. وتحدث

هذه الحالة عندما يكبت شعور الفرد بالخوف ، فإنه يترجم في شكل خوف من شئ أو من موقف ليس من شأنه أن يثير الخوف ."

وتعرف المخاوف المرضية بأنها " خوف زائد وغير واقعي وغير مُسيطر عليه ، يستدعيه أو يثيره موضوع أو موقف معين وفوبيا phobia تعنى فى اللغة الإغريقية الخوف المؤلم ، والخوافات الشائعة التى دعاها " فرويد " بالخوافات العالمية UNIVERSAL PHOBIA هى التى تثير أعلى المخاوف ومن ثم تثير القلق عند معظم البشر مثل الثعابين . وهناك الخوافات النوعية وهى التى تتضمن الأشياء التى لا تثير أو تنتج الخوف عادة عند الناس العاديين مثل القطط .

ومقطع (خواف) PHOBIA يشير إلى معنى الخوف المرضى أو الخوف الذى يخرج عن حدود المعقول أو يتجاوز واقع الخطر وحجمه الحقيقى .

وتعرف المخاوف المرضية في موسوعة علم النفس والتحليل النفسى (١٩٩٣) على أنها " خوف مرضى **من موضوع أو شئ أو موقف لايستثير عادة الخوف** لدى عامة الناس وأسويائهم ومن هنا اكتسب طابعه المرضى ".

كما تعرف على أنها" استجابة دفاعية ضد قلق ناشئ عن نزعات أو رغبات مؤذية أو مخيفة كبتت في اللاشعور،ويفصل الفرد القلق عن الرغبات ويربطها بأشياء وأفكار أو مواقف تصبح في ذاتها مثار للخوف ،وتبلغ حالات الفوبيا في النساء ضعفها في الرجال تقريبا"

وتعرف المخاوف المرضية " بأنها خوف شاذ ، غير منطقى، وغير عقلانى ، يمارسه الفرد كنوع من **الدفاع ضـد القلـق،** ولكنـه خوف مؤلم وحاد " .

وتعرف المخاوف المرضية بأنها "خوف مستمر ومتطـرف ذا طبيعة غير معقولة ، ويتضمن أيضا توقعا مستمرا لموقـف مخيـف، وهو **فكرة متسلطة** ،**وملحة وغير منطقية** ،إذ أن الشخص يعرف تماما أن هذا **الموضوع** أو **هذا الموقف ليس خطراً حقيقياً** ،وهـذه الفكـرة المتسلطة تجبر الشخص على أن يتجنب هذا الموضوع أو هذا الموقف ،ويبتعد عنه ومن ثم يسلك سلوكا قهريا .

"المخاوف المرضية" هى استجابة انفعالية شديدة مـن مثيـر مخيف .

ومن أشكال المخاوف المرتبطـة بالطفولـة :الخـوف مـن الحيوانات ، والمدرسة ، والطفل المصاب بهذا النوع مـن المخـاوف نجده يبدى هروباً وتجنباً قوياً موجهاً للشئ الذى يخشاه ،وقد يرفض أن يزور الأماكن غير المألوفة ،وهو على حذر، وتأهب وقلق على الدوام **ومن شأن هذه الأعراض أن تصيب الطفل بالوهن والعجز ."**

كما تعرف المخاوف المرضية بأنها "خوف من شئ معـين **لا يثير الخوف في العادة عند أغلب الناس** ؛فهو خوف دائـم **لا يعـرف** الفرد له سببا أو مبرراً موضوعياً كما لا يستطيع ضبطه أو السـيطرة عليه بالإرادة ، وفى نفس الوقت يشعر أن سلوكه في **بعض المواقـف** يثير القلق ،ويعمل على إثارة ضحك الآخرين."

والمخاوف المرضية عبارة عن :" خوف مرضى دائـم **مــن وضع أو موضوع أو شخص أو شئ أو موقف أو فعل أو مكان غير مخيف بطبيعته** ولا يستند إلى أساس واقعى ، ولا يمكــن ضــبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه ويعرف المريض أنــه غيــر منطقــى ،ورغم هذا فإن الخوف يتملكه، ويحكــم ســلوكه ،ويصــاحبه القلــق والعصابية و السلوك القهرى ."

الفــرق بــين الخــوف FEAR والقلــق ANIXITY والمخــاوف المرضية PHOBIA :

هناك فروق واضــحة بــين الخــوف العــادى و المخــاوف المرضية، **فالخوف العادى** هو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلا ،وهو انفعال تثيره المواقــف الخطــرة أو المنذرة بالخطر التى يصعب على المرء مواجهتها وهــو نمــط مــن السلوك الانفعالي الذى يتميز بمشاعر قوية ذات طبيعة غيــر ســارة ومصحوبة ببعض الاستجابات الجسمية و الحركية .

كما أن الخوف و القلق في مرحلة الطفولة يتقاربــان كثيــرا بحيث يصعب التفريق بينهما ؛ ذلك لأن حداثة ســن الطفــل و عــدم نضجه قد يجعلانه لا يفرق بشكل مميز بين ما هو خطر حقيقى أو ما هو خطر متوهم .

أما المخاوف المرضية فتتميز بما يلى : تبــدأ مــن خبــرة الطفولة ، هذه الخبرة مكبوتة في اللاشعور فلا يستطيع الفرد تــذكرها ولكنه يستطيع استرجاعها في العلاج النفسى ،وقد تم كبت هذه الخبرة لأنها تثير الشعرر بالذنب أو الشعور بالخزى أو لايمكن تقبلها ،ويــتم

إزاحة الخبرة المخيفة من الموضوع الأصلى إلى موضـوعات بديلـة ترمز للموضوع الأصلى (الخوف من صورة الأسد بدلا من الخـوف من الأب) ،ويكون الفرد واعيا أن خوفه المرضى خـوف سـخيف خاطئ لا مبرر له ، ولكنه يعجز عن مقاومته أو التخلص منه ..

فالمخاوف المرضية من أكثر أنواع الاضطرابات العصـابية والذهانية انتشاراً،فالخوف حالة من التوجس أو الاستجابة لموقف مهدد وخطر ، ومن ناحية أخرى فيستخدم مصطلح المخـاوف المرضـية للدلالة على خوف لا عقلانى Irrational fear شديد ومستمر.

أما القلق فهو خبرة انفعالية مؤلمة تنتج من منبهات داخليـة أو خارجية ويتحكم فيها الجهاز العصبى ،والقلق مرادف لانفعال الخوف، والمخاوف صورة من صور القلق العصابى ويكون فيها منبع القلـق كامن في ((الهو)) وليس في العالم الخارجى ، حيث يكون الشخص خائفا من دافع داخلى ،ولا يستطيع التحكم فيه .

وقد فرق " فرويد " بين القلق و الخوف ،فالخوف هو انفعـال دافع يتضمن حالة من حالات التوتر التى تدفع الشخص الخائف إلـى الهروب من الموقف الذى أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر ، أما القلق فهو حالة تماثل الخوف تماما و هى مثله لها نتائج واقعيـة ، فالقلق قبل كل شئ هو حالة خوف واضطراب ، بل هو نوع خـاص من الخوف ، فإذا كان الخوف العادى ينصب على موضوع او شـئ واقعى دائما ، فإن القلق خوف غامض يجعل الفرد متشائما يتوقع الشر دون سبب محدد ، فهى مخاوف غير منطقية.

وبناء على ذلك فإن إستجابة الخوف يمكن أن تنتهى إذا انتهى الموضوع المثير للخوف ولكن استجابة القلق تدوم لفترة أطول ؛ لأنها لا ترتبط لديه بمثير محدد، أما المصاب بالمخاوف المرضية فهو يزيح مخاوفه من الصراع الداخلى إلى موضوع آخر خارج ذاته لأن ذلك ييسر له مواجهة هذا الخوف بشكل أفضل .

أعراض المخاوف المرضية

يستجيب مريض المخاوف المرضية بالرعب الشديد من موقف أو موضوع معين لا يمثل في حد ذاته مصدر للخطر ، بالعديد من الأعراض منها :

١- القلق والتوتر .

٢- ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص ،وعدم الشعور بالأمن ،والتردد وإضاعة الوقت بعمل ألف حساب لكل أمر، الجبن وتوقع الشر ،وشدة الحرص ،والانسحاب والهروب .

٣- الاجهاد والصراع وخفقان القلب وتصبب العرق ،والتقيؤ، وآلام الظهر والبطن،والارتجاف ،واضطراب الكلام، والبوال أحيانا .

٤- السلوك التعويضى مثل النقد – السخرية ،التهكم ،تصنع الوقار والجرأة والشجاعة.

٥- الأفكار الوسواسية ،والسلوك القهرى .

٦- الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادى ،مثل الامتناع عن الأكل في المطاعم أو الامتناع عن التنزه أو الرياضة أو حتى مغادرة المنزل أو عبور الطريق

٧- الإحساس بالقشعريرة واندفاع الدم الحار .

٨- ألم فى الصدر أو عدم راحة.

٩- إحساس بانقطاع التنفس ،الشعور بالدوار ،وعدم الثبات، وخفة الرأس ،والإغماء.

١٠- عدم الواقعية أو فقدان الشعور بالذات .

النظريات المفسرة للمخاوف المرضية :

أولاً نظرية التحليل النفسى :

تعتبر نظرية التحليل النفسى هى أولى النظريات التى حاولت وضع تفسير منظم للمخاوف المرضية .

فالمخاوف المرضية عند " فرويد " هى عبارة عن دفاع ضد القلق الناتج من الكبح لدوافع (الأنا)،فهذا القلق يحل محل (الأنا) الخائفة ويتحرك تجاه عامل أو موقف معين له اتصال رمزى به وهذه العوامل أو المواقف- مثل الأماكن المغلقة - تصبح هى المثيرة للفوبيا، وبتجنب هذه العوامل يستطيع الشخص العيش بدون أى صراع، فالفوبيا هى طريقة (الأنا)في الدفاع، وفى مواجهة المشكلة الحقيقة .

فالتفسير التحليلى للمخاوف المرضية يقوم على أساس أن الفرد يعانى صراعا عصابيا بين نوازعه وغرائزه من ناحية، وبين مثله ومعايير المجتمع من ناحية أخرى ، وبما أنه عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله وغير قادر على فضه ويخاف منه فإنه يحول مصدر الخوف من الداخل إلى الخارج ؛ فيتخذ من أحد الأشياء الخارجية مصدرا لخوفه لأن ذلك ربما يكون أسهل فى المواجهة إذ أن الأمر لا يكلفه سوى أن يتجنب المصدر .

فيرى " فرويد " أن المخاوف المرضية أساس جميع الحالات العصابية ،وأن هذه المخاوف تحدث بسبب إسقاط أو إزاحة لبعض الرغبات، أو الدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية، لأن هذه الرغبات تثير قلقا داخليا لا يمكن تجنبه؛ لأن مصدره في الداخل وإذا نجح الفرد في إبدالها بموضوعات خارجية فإن مصدر القلق يكون خارجيا ومن ثم يمكن تجنبه ، كما أن الفرد يستخدم الترميز Symbolization بأن يجعل موضوع الخوف الجديد يرمز إلى موضوع الخوف الأصلى . وكذلك تبدو عملية الإسقاط projection في تحويل الفرد لرغباته هو إلى رغبات الموضوع الذى يخاف منه فبدلا من أن يشعر أنه يريد أن يعتدى على أبيه مثلا ؛ فهو يسقط هذه المشاعر ويعتقد ان أباه هو الذى يريد الاعتداء عليه وتسبق عملية الإسقاط أو تصاحبها عملية الإنكار ، فهو ينفى رغبته في الاعتداء على أبيه أو يؤكد أنه يحب أباه ويستطيع أن يؤكد ذلك لنفسه بأن يتصور أن موضوع خوفه هو موضوع الخوف المرضى وليس أباه .

فالفوبيا تتكون خلال فترة الطفولة و البراءة التى يثــق فيهــا الأطفال بمن حولهم كمصدر للحماية من الخطر، ولكــنهم بعــد ذلــك يخافون من أن هؤلاء الكبار – عادة الأباء – غيــر جــديرين بالثقــة ،وانعدام الثقة شئ لايستطاع العيش به ولكى تعود ثقتهم مرة أخــرى فيمن حولهم فهم بلا وعى يحولون خوفهم من الأشخاص إلى الخــوف من مواقف وأشياء معينة

ولقد قام " فرويد " في عام (١٩٠٩) بعرض حالة رهاب لطفل يبلغ من العمر خمس سنوات ، وكانت خطوة هامة في تاريخ تطور حركة التحليل النفسي ،فقد اكتشف في هذه الحالة الشهيرة أن رهاب الطريق لدى هانز قد انتظمت على نفس النحو الذى تنتظم به فوبيا الراشدين ،مما يشير إلى أن عصاب الطفولة هو النمط الأول لما سيكون عليه العصاب لدى الراشد فيما بعد .

وقد كان "هانز" يخاف من الجياد وبالتالى فهــو يخــاف مــن الخروج من المنزل خشية مواجهة أى حصان ولقد ركــز " فرويــد " على إشارات هانز تجاه الأشياء السوداء حول فم الحصــان و كــذلك الأشياء التى حول عينه ،فلقد اعتبر الحصان أبيه الذى لديــه شــارب ويرتدى نظارة وقد ترجم " فرويد "ذلك بأن الخوف من الأب تحــول إلى الخوف من الجياد . ومن هذا المثــال ثبــت أن علمــاء الــنفس المرضى يجب أن يهتموا بالعامل الفوبى أكثر من شكل الفوبيا نفســها أو أثرها على الطفل.

ويرى "يونج" أنه عندما تشعر الشخصية بأنها في حالة عجــز عن تحقيق هدف مرغوب فيه ،فإنها تبحث عن أهداف أخرى لها نفس الجاذبية ويترتب على تحقيقها إزالة الصراع .كما أنه قد لايكون للفعل

الرمزى نفس قوة الفعل المادى ولكنه يساعد إلى حد ما في خفض التوتر.

ثانياً النظرية السلوكية :

يرى أصحاب المدرسة السلوكية أن المخاوف مكتسبة ، حيث أنهم يؤكدون على أن كثيراً من الاضطرابات ما هي إلا استجابات تكونت من خلال عمليات تشريطية كلاسيكية تحولت إلى عادات مرضية ،وهى ليست نتاج لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية، بل إنها تكونت بسبب ارتباطها بخبرات مؤلمة .

فالتفسير الذى تقدمه المدرسة السلوكية للمخاوف المرضية قائم على ميكانيزم التشريط ،فالمريض بالمخاوف، المرضية قد مر فى الماضى – وغالبا فى الطفولة – بموقف تعرض فيه لخوف شديد ، ثم نسى هذا الموقف ، ولكن ظل الارتباط قائما بين الموضوع وخبرة الخوف المؤلمة .

فكل من البيئة والتعليم له دور كبير في اكتساب العديد من المخاوف .

هذا وتفسر المدرسة السلوكية الخوف بأنه نوع من التعلم الشرطى انتقلت منه القدرة على إحداث الاستجابة من المثير الأصلى الطبيعى إلى بعض الظروف التى اقترنت بالمثير الأصلى في حادثة قديمة مر بها الفرد في طفولته ونتيجة الترابط يكتسب المثير غيرالطبيعى (الشرطى) صفات المثير الطبيعى .

وقد اختزل "واطسن" سلوك الإنسان إلى آليـــة تعـــرف باســـم المثير الاستجابة (STIMULUS – RESPONSE (S R ، كما أنكر واطسن وجود الشعور والوعى ورفض التأمل الباطنى ،ورأى أن كل أفعال الإنسان تحددها قوى خارجية ،كما أنه كـــان يـــؤمن بـــأن الاضطرابات السلوكية والعصابية عبارة عن سلوك مكتسب يتم تعلمه من خلال التشريط .

وكما قدم لنا " فرويد " حالة "هانز" الصغير ليبرهن به علـــى صدق رأيه في أن المخاوف المرضية تنتج من القلق الناتج بدوره من الكبت ، أى كبت دوافع (الأنا)ضد تهديد معين، ثم يزاح القلق إلـــى شئ أو موقف له صلة رمزية بالتهديد ،وتصبح هذه الأشياء و المواقف موضوعا للفوبيا ، فقد قدم لنا" واطسون" حالة "ألبرت "الصغير ليبرهن هو الآخر على موقفه من المخاوف المرضية وهو نموذج لاكتســـاب الفوبيا من مثير غير مخيف .

ثالثا: نظرية التعلم الاجتماعى SOCIAL LEARNING :

يرى "باندورا" أن تعلم السلوك الإنسانى يـــأتى مـــن خـــلال الملاحظة ، والاقتداء MODELING، فمن خلال ملاحظتنا للآخرين للأخرين نطور فكرة عن كيفية تكوين سلوكنا.

معنى ذلك أن نظرية التعلم الاجتماعى ترى أن قدرا كبيرا من التعلم يتم من خلال مشاهدة شخص آخر يؤدى الاستجابات ، أو مجرد أن يسمع أو يقرأ ،أو يرى صورا عنها ،وهو يتعلمها عندما يبدأ فـــى محاولة تقليد هذه الاستجابة التى شاهدها من خلال النموذج أو القـــدوة MODEL.

إن التعلم بالنمذجة يشير إلى أن الأفراد يمكنها أن تتعلم بمجرد المشاهدة والملاحظة للآخرين ،أى أن الفرد قد يتعلم فى موقف حتى ولو لم نجده يستجيب بما يدل على أن التعلم قد حدث بالفعل إلا فى ظروف مستقبلية؛ فقد يؤدى الفرد فعلا بصورة ما لا نستطيع معها إلا أن نستنتج أنه قد تعلم بالفعل من الموقف السابق.

فكثير من الاستجابات الفوبية تكتسب من خلال تقليد تفاعلات الآخرين وردود أفعالهم ، كما أنه من الممكن أن تكتسب من خلال قصة ، وربما يكون مكتسب من وصف شخص لما يحدث لشخص آخر من خوف ؛ فعلى سبيل المثال العديد من التحذيرات اليومية التى تقولها الأم لطفلها لعدم فعل أنشطة معينة .

أسباب المخاوف المرضية

يختلف علماء النفس حول أسباب نشأة المخاوف المرضية لدى الأطفال فيرى المحللون النفسيون أن المخاوف المرضية تحدث بسبب إسقاط projection ، أو إزاحة displacement لبعض الرغبات أوالدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية لأن هذه الموضوعات تثير قلقا داخليا ،لايمكن تجنبه ،لأن مصدره في الداخل فإذا نجح الفرد في إبدالها بموضوعات خارجية فإن مصدر القلق سوف يكون خارجيا ،ومن ثم يمكنه تجنبه .

ويرى البعض أن المخاوف المرضية متعلمة ومكتسبة من الأم و المحيطين بالطفل ،حيث يمكن أن يكون الراشد الكبير يخاف من الظلام أومن بعض الحيوانات، وغير ذلك من الأشياء؛ فيكتسب الطفل

الخوف من خلال تلك المواقف التى يعيشها مع الكبار من خلال التقليد والمحاكاة.

و ترجع نشأة المخاوف إلى مجموعة من العوامل و هى :

١- **مجموعة العوامل المرتبطة بعلاقة الطفل بالوالدين** ، كالخوف من توقع الانفصال عن الأبوين .

٢- **مجموعة العوامل المرتبطة بالعقاب الصارم أو التهديد الدائم بالعقاب** ، وقد يكون العقاب نفسيا أو بدنيا، كمعايرة الطفل و مقارنته بأقرانه مقارنة غير عادلة .

٣- **مجموعة العوامل المرتبطة بالتقليد أو المحاكاة** ، وتوفر المثال المثير للخوف ، فالطفل ينحدر من أبوين يخافان خوفا شاذا قد يقلدهما هو الآخر .

٤- مجموعة العوامل المرتبطة بحرمان الطفل من العطف كما قد يحدث عندما ترزق الأسرة بمولود جديد و توجه له عنايتها و إشعاره بالحرمان من الوالدين .

٥- مجموعة العوامل المتصلة ***بالضعف الجسمي أو الإعاقة الجسمية*** **لدى الطفل ، ذلك لأن المرض له انعكاسات نفسية كثيرة ، و يؤدى إلى إضعاف الثقة في الذات.**

٦- مجموعة العوامل **المتعلقة بالضغوط التى تسقط و تهدد شعور الفرد باحترام ذاته أو شعوره بقبول ذاته .**

٧- الخوف الوهمى :من الظلام لارتباطـــه بـــالجن والأشـــباح و اللصوص فإن الأطفال مصابون بهذا النوع من الخوف .

٨- **التهكم الزائد والسخرية والإفراط في اللوم** ، يفقد الطفل ثقتـــه بنفسه فيجعل ذلك منه طفلا خوافا ، غير مقدام ، يخشى الوقوع في الخطأ نتيجة ارتباط هذا الخطأ بالسخرية اللازعة و القاسية.

٩- **الحماية الزائدة أو القسوة** و التسلط و الخبرات المؤلمة فـــي الطفولة المبكرة.

١٠- غياب الأم وتركها للطفل بدون رعاية .

١١- **تخويف الأطفال وعقابهم** ،والحكايات المخيفة التى تحكى لهم و الخبرات المريرة القاسية التى يمرون بها ،و الخبرات المخيفة المكبوتة "خاصة منذ الطفولة المبكرة ".

١٢- ولقد لوحظ بالفعل **أن الطفل الذكى أكثر خوفا من الطفل الأقـــل ذكاء** ، ويرجع ذلك إلى أن الطفل، الذكى أقدر علـــى تصـــور الخطر المحتمل ، فهو يتمتع بخيال أشد خصوبة ، كما أنه أقدر على التفكير و التأمل بما في ذلك التفكير في الأخطار بصورة أكثر مما يفعل الطفل الأقل ذكاء

١٣- **العوامل الجينية:** وجد أن هناك ٦٤ % من المرضـــى لـــديهم درجة قرابة من الدرجة الأولى وكان لديهم نفس المرض ،كما أن نسبة ظهور الفوبيا الخاصة والفوبيا الاجتماعية لدى الأبناء ترتفع عندما تكون درجة القرابة بين الأب والأم من الدرجـــة الأولى

أنواع المخاوف التى يتعرض لها الطفل

هناك العديد من انواع الفوبيا المختلفة ومنها فوبيا الألم Algophobia فوبيا الأماكن المفتوحة Agoraphobia فوبيا البحر Thalassophobis فوبيا التلوث Mysophobia وفوبيا الظلام Nyctophbia وفوبيا السرقة Kleptophbia و فوبيا العفاريت Demonophobia ، وفوبيا الكلام Lalophobia ،وفوبيا المرض Nosophobia ، وفوبيا المياه Hydrophobia ،وفوبيا النار Pyrophobia ، وفوبيا النوم Hypophpbia.

ويمكن تقسيم المخاوف المرضية لدى الأطفال إلى ثلاث فئات وهى :

١- مخاوف تظهر عند الميلاد ، وهى المخـاوف الفطريـة،مثل الخوف من فقدان السند ، والخوف مـن الأصـوات العاليـة والظلام .

٢- مخاوف تظهر في سن معينة ، وهـى المخـاوف المرتبطـة بالنمو.

٣- المخاوف التى تولدها خبرة صدمية .

وهناك ما يسمى بالمخاوف المرضية الاجتماعية وهى قلـق مرضى يتميز بخوف مفرط حيث يفزع المريض من مواقف اجتماعية متنوعة مثل التحدث أمام الآخرين ويرجع بعـض العلمـاء الفوبيـا الاجتماعية إلى أسباب وراثية ويستشهدون على ذلك االخجل على أنه وراثى أكثر منه ناتج عن موقف معين

وإجمالا لما سبق فهناك ثلاثة أنواع من المخـاوف المرضـية وهى **المخاوف المرضية البسيطة** **simple** phobia وهـذا النـوع يتضمن المخاوف المرضية وحيدة المظاهر،أو الأعراض ،مثل الخوف من الثعابين ،والصراصير ، العناكب ، الفئران وأيضا مـن الأمـاكن المرتفعة أو الأماكن المغلقة .وهى خوف غير عقلانى من أشياء محددة أو مواقف تثير قلق فورى وتسبب سلوكاً تجنبياً،والأشـخاص الـذين لديهم هذا النوع من المخاوف المرضية يحاولون الابتعاد عن المواقف التى تثير لديهم الشعور بالخوف ،ولكن عندما تحتم عليهم الظـروف مواجهة هذه المواقف فانهم يصابون بالقلق ،ففى حالة (ماريا) التـى كانت تخاف من الأماكن المغلقة فانها كانت تشـعر بأنهـا سـتموت بالاختناق عندما تركب المصعد ولذلك فإنها تتجنب مثل هذه الأماكن.

وتنقسم الفوبيا البسيطة إلى أنواع عديدة : متضمنة أنواع الحيوانـات (الحيوانات أو الحشرات)،البيئـة والطبيعـة (الرعـد والريـاح ، والمرتفعات وهكذا) ، الإصابة التى ينتج عنها دم (رؤية الدم ،إطلاق النار ، وهكذا) النوع الموقفى (الطيران ، الأنفاق ، الكبارى ،وهكذا

أما النوع الثانى فهو المخـاوف المرضـية مـن الأمـاكن المفتوحة Agoraphobia والمرضى من هذا النوع يخافون من ارتياد الأماكن المفتوحة أو المواصلات العامة و تجنب السير في الزحام ،

فمنذ حوالى ٢٥٠٠ عاما لاحظ الطبيب الإغريقى "هيبـوقرط" أن بعض الناس قد أصبحوا عصبيين جدا فى السـوق (AGORA باللغة الإغريقية) وقد أطلق على هذه الحالة الخـوف مـن الأمـاكن المفتوحة وتظهر هذه الحالة بوضوح عندما يفقد الفرد سيطرته علـى نفسه عندما يخرج إلى الخلاء ،وفى بعض الحالات الشديدة قد تصـبح

هذه المخاوف مرتبطة بالمنزل لأن المنزل هو المكان الوحيد الذى يشعرون فيه بالأمان و السيطرة على النفس .

إن أعراض المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة تظهر حتى بين الأطفال الصغار ، فالأطفال المصابين بهذه المخاوف يعانون من القلق الشديد عندما يجدون أنفسهم فى الخلاء ، فيقومون بتجنب هذه الأماكن ،وقد ينسحبون إلى البيئات التى يشعرون فيها بالأمان ،مثل المنزل أو طريق معين إلى المدرسة ،أو منزل صديق معين أو قريب.

والنوع الثالث هو **المخاوف المرضية الاجتماعية** social phobia وهو الخوف غير المنطقى من المواقف التى من الممكن أن يتعرض فيها الفرد إلى النقد من قبل الآخرين .

وهى عبارة عن قلق اجتماعى مفرط ومتواصل وغير عقلانى وهى مرتبطة بالناس الآخرين ، وهم يتجنبون المواقف التى تظهرهم امام الناس مثل التحدث في مكان عام وكذلك تناول الطعام أو الشراب أو الكلام أو أى نشاط آخر أمام الناس أو في الأماكن العامة والتى تقود إلى حالة شديدة من الحصر .

ويبدو الخوف من الغرباء فى الطفولة على أنه صفة عادية عند جميع الأطفال ولكنها من الممكن أن تسبب المخاوف الاجتماعية على المدى البعيد ، حيث وجد عند دراسة مجموعة من البالغين الذين يعانون من المخاوف الاجتماعية أنها بدأت معهم منذ الطفولة ، كما أنها بدأت بالخجل من الآخرين ورفض الأقران، وفقد الفرص فى تطوير الكفاءة الاجتماعية .

الهستيريا

Hysterical Neurosis

لقد كانت حالة الفتاة المريضة بالهستيريا والتى قام فرويد بعلاجها بمثابة حجر رشيد فى نشأة الطب النفسى المعاصر.

والهستيريا نوع من العصاب أى احدى صور الاضطراب النفسى وقد اشتق اللفظ من كلمة الرحم واللفظ اللاتينى للرحم هستيرون "لأن الفكرة التى كانت شائعة قديماً أنه مرض يصيب النساء فحسب بسبب تجول الرحم فى جسم المرأة طلباً للاشباع الجنسى، وقد ظلت هذه الفكرة سائدة حقبة من الزمن إلى أن جاء "فرويد" فصحح هذا الاعتقاد الخاطئ عندما وجد بعض مرضاه بالهستيريا من الرجال أيضاً.

وكان "لفرويد" بمعاونة "بروير" الفضل فى اكتشاف معنى الأعراض الهستيرية فى حين توصل إلى أن المرضى بالهستيريا

يعانون من ذكريات بعينها، وأن أعراضهم إنما هى بمثابة مخلفات ورموز ذكروية لخبرات انفعالية، وأن هذه الشحنات الانفعالية الناتجة من تلك الخبرات لم يتح لها التفريغ المناسب وإنما حيل بينها وبين الافصاح، وظلت منعزلة عن باقى الحياة النفسية لاتجد سبيلاً للتنفيس عن نفسها سوى سبيل الاعراض المرضية، دون أن يفطن المريض إلى العلاقة بين هذه الأعراض، وتلك الخبرات الانفعالية التى زج بها فى زاوية النسيان، وأن الخبرات الانفعالية التى نسيها المريض فلم يعد يذكرها أثناء حياته الشعورية المعتادة أو على الأقل لم يعد يدرك تأثيرها فى سائر حياته النفسية). هذه الخبرات هى حالات نفسية لا شعورية. والنتيجة المنطقية من ذلك أنه كلما كان هناك عرض هستيرى فلابد أن يكون هناك حالة من النسيان أى – فجوة معينة فى الذاكرة، وأن ملأ هذه الفجوة يتضمن استبعاد الملابسات التى أدت إلى ظهور الأعراض، غير أنه اتضح أنه قلما يكون العرض مرتبطاً بخبرة انفعالية واحدة، بل يغلب أن تكون هناك عدة خبرات متشابهة تنطوى تحت عرض واحد، وهكذا فالأعراض الهستيرية أشبه شئ بتعبير رمزى لحالات انفعالية بعينها. (٥٧)

ولقد أكد فرويد فى تفسيره للهستيريا على الناحية الجنسية، والهستير ' تصيب بنوع خاص فريقا من الناس لهم شخصية هستيرية

تميزه بقابلية زائدة للإيحاء الذاتي والغيري، فهم يوحون لأنفسهم ويوحى إليهم الغير بسهولة، وسرعة تأثرهم بالأحداث اليومية والأخبار المثيرة واهتمامهم بما قيل ويقال، وتتأثر قراراتهم بالناحية المزاجية أكثر من الناحية الموضوعية، كما أنهم ينقادون بسهولة لرأى الغير دون قدرة على النقد والتمحيص، وهم دائماً من النوع المنبسط وتتعدد دوافعهم ومصالحهم ويحبون التواجد مع الآخرين، ولكنهم سريعوا التغير فهم هوائيون، متقلبون.

إن الهستيرى يتميز بحبه لإثارة الانتباه والظهور وجذب عطف الغير عليه، مع حب الاستعراض والمبالغة فى طريقة الكلام واللبس والحركات، فله شخصية مسرحية، وسلوكه شبيه بالتمثيل المسرحى، وينطوى على مظاهر انفعالية أكثر بكثير من حقيقة وجدانه. فبينما يشرح المريض أعراضه الوهمية إذ نرى وجهه ينم عن الارتياح وعدم المبالاة بدلاً من الاكتئاب الذى كان يتطلبه الموقف، ولا عجب فإن أعراض الهستيريا وإظهارها للناس ترمى إلى تحقيق غرض معين، فهو نوع من التوافق وإن كان توافقاً ملتوياً غير سوى لموقف ما، وفى عرض المريض لمرضه تحقيق لذلك التوافق الملتوى وصورة من الكسب المرضى. (٦٤)

أعراض الهستيريا

تظهر الهستيريا في صورة أعراض جسمية، وأخرى عقلية.
ومن أهم الأعراض:

(أولاً) الأعراض الجسمية

(أ) الشلل الهستيري: Paralysis

ويصيب أعضاء الحركة كالذراعين أو الرجلين، ويمكن تمييزه عن الشلل العضوي بأنه يحدث فجأة بعد انفعال نفسي حاد أو أنه لا يتناسب مع الوصف التشريحي للأعصاب، فضلاً عن مظهر المبالغة الذي يظهر به المصاب بالشلل الهستيري. (١)

ويصبح المريض بالشلل الهستيري غير قادر على الحركة، ويحتاج لكل العناية الطبية لمرضى الشلل العضوي، فبالنسبة لمريض الشلل العضوي فيصعب تحريك أصابعه، ولكنه يستطيع رفع الكتف، أما مريض الهستيريا فلا يستطيع تحريك الذراع بأكمله، كذلك يصاب المريض العضوي ببعض الضمور في العضلات، لكن يحتمل حدوث ذلك في الحالات الهستيرية المزمنة، كذلك يصاب المريض بالشلل العضوي باضطرابات في التبول مع احتمال حدوث بعض القرح

والتقيحات فى الجسم نظراً لعدم الحركة، وهذا ما لا يحدث فى الشلل الهستيرى. (٨)

ومن الحالات الشهيرة فى هذا المجال والتى قام بدراستها "فرويد" دراسة مستفيضة هى حالة الآنسة "دورا" والتى دلل بها فرويد على أسباب الأعراض.

وخلاصة هذه الحالة أن الفتاة "دورا" كانت تحب طالباً يدرس الطب فى "فينا" وعدها بالزواج عندما يتخرج من كلية الطب إلا أنه بعد أن تخرج لم يف بوعده، وكان ينتحل المعاذير لعدم اتمام الزواج، وعلى الرغم من ذلك فان الفتاة كانت على اتصال به، وهذا ما أدى بأهلها إلى تحذيرها لأن سلوكها كان موضع نقد، وفجأة أصيبت الفتاة بالشلل فى ذراعها، ولم توجد إصابة عضوية بالذراع، وكان تفسير الاصابة بالشلل حسب نظرية فرويد أن الشلل الذى حدث للفتاة هو النوع الهستيرى بسبب الصراع الشديد بين الذات العليا التى كانت توحى للفتاة باطاعة أهلها والخضوع لرأيهم من عدم الكتابة لذلك الشاب، وبين النزعات التى كانت تشعر بها ورغبتها فى الزواج منه، وقد انتهى الصراع بالشلل الذى أراح الفتاة ومنعها من الصراعات التى كانت تعانيها. (٥٧)

(ب) النوبات التشنجية الهستيرية:

وتحدث النوبة الهستيرية والتى تشمل الجسم كله مصحوبة بصيحات وتنهدات دون أى دموع، ويحدث بعد النوبة أن يكون المصاب فى حالة ذهول، كما يعزف عن الكلام، كما يكون سهل الانقياد وتحدث عادة أثناء النهار، وتبدأ بأن يقع المريض على الأرض دون أى أذى وتتشنج أطرافه، ولكنه لا يتغير لونه، وإن لمسه أحد فإنه يثور ويتهيج، ويكسر ما حوله، ويخبط برجليه فى الأرض ثم يفيق بعد ذلك فى حالة سوية سليمة - فلا تصيب المريض إلا بضرر بسيط، وتأتى غالباً أثر انفعال وهذه النوبة الهستيرية من أكثر الأعراض الهستيرية شيوعاً وخصوصاً فى الشخصيات الهستيرية، ويجب التمييز بين النوبة الهستيرية والصرعية، لتقديم العلاج لكل حالة ويفرق "احمد عكاشة" بين النوبة الهستيرية والصرعية فى التالى.

تحدث النوبة الهستيرية فى وجود الكثير من الأقرباء وبعد أزمة انفعالية، بعكس النوبة الصرعية التى تنتاب المريض فى أى وقت وبغض النظر عن الراتين وأحياناً أثناء النوم.

النوبة الهستيرية تتميز بالصراع العقلى والانفعالى ولا يصحبها أى تلف فى المخ، عكس النوبة الصرعية التى تنشأ من انعدام التوافق فى المراكز المخية.

لا يؤذى المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية، كما يحدث فى النوبة الصرعية من عض اللسان - وقطع الشفة - وكسر بعض الأسنان أو العظام - أو الوقوع على آلة حادة واصابة المريض.

نادراً ما يتبول المريض على نفسه فى النوبة الهستيرية، ولكنها غالباً ما تحدث فى الصرع.

(ج) العمى الهستيرى:

وينقسم العمى الهستيرى إلى قسمين:

أ- العمى الجزئى ب- العمى الكلى

أما العمى الجزئى فاننا نلاحظ فى هذه الحالات اضطرابات الابصار تكون فى ناحية معينة بالذات نجد مثلاً المريض يستطيع أن يقرأ كتاباً، ولكنه لا يستطيع أن يرى شخص معين، أو يعجز عن رؤية طريقه إلى العمل أو المنزل.

أما العمى الكلى فقد يصيب عين واحدة أو العينين معا، ويكون ذلك بشكل فجائى والمريض بالعمى الهستيرى يلجأ إلى تلك الوسيلة ليتجنب الصعوبات والعوائق التى تعترضه فى موقف معين يتصف بالحساسية الشديدة تجاهه ايفقد القدرة على الرؤية دون وجود أى سبب تشريحى أو عضوى يفسر ذلك.

ومثال على ذلك امرأة فقدت ابصارها بعد رؤية زوجها فى وضع مخزى مع امرأة أخرى، فأصابها العمى كحيلة لا شعورية من حيل الأنا للحفاظ على علاقتها بزوجها، وثمة ملحوظة كلينيكية أنه يصاحب العمى الهستيرى فقدان ذاكرة للموقف المسبب للصدمة الانفعالية، وهذا دليل على عدم كفاءة "الأنا" لدى المريض الذى يود أن يصاب بهذا المرض على أن يواجه مشاكله الحقيقية.

ويكثر العمى الهستيرى لدى الجنود فى الحروب أثر انفجار قنابل ويكون ذلك بشكل فجائى كنوع من الهروب من هذه المواقف المؤلمة التى يمرون بها ليتجنبوا الصعوبات والعوائق التى قد تعترضهم.

(د) فقد الشهية العصبي الهستيري:

وقد يكون أما جزئياً أو كاملاً، ويعتبر هذا العرض المرضي وسيلة للتعبير عن عدم الرضا، ولفت انتباه الآخرين واشعارهم بالقلق على المصاب، ونتيجة للاضطرابات الانفعالية التي يعانيها المريض فيحجب عن الطعام كنوع من الاحتجاج على تصرفات الآخرين، وقد تزداد الحالة مما يسبب خطراً على المريض نتيجة لرفضه تماماً للطعام، ويكثر هذا النوع من الاعراض الهستيرية عند المراهقات اللاتي يحاولن حل مشاكلهن بهذا العرض، فعندما لا تجد الفتاة طريقة مباشرة لتحقيق غرضها فتعبر عن ثورتها تجاه أهلها بهذه الأعراض وهذا يعد وسيلة لا شعورية لتحقيق غرض معين بطريقة غير سوية، ويعتبر الأطباء أن هذه الأعراض نوع من الانتحار البطئ. وتحدث أحياناً أعراض على النقيض - من الأعراض السابقة وهي ما تسمى بالشهية الزائدة" وتكون على شكل شهية زائدة عن الحد، وملفتة للنظر وعلى غير العادة بالنسبة للفرد المصاب، وتعتبر هذه الحالة المرضية حالة من حالات الهستيريا نتيجة الاضطرابات الانفعالية التي يعانيها الفرد.

(ثانياً) الأعراض العقلية

(أ) فقدان الذاكرة :

يصيب الاضطراب الذاكرة أحياناً من حيث قدرة الفرد على تذكر أحداث الماضي، وهو على نوعين فقدان الذاكرة الكامل، وفقدان الذاكرة الجزئي، ويتميز فقدان الذاكرة الكامل بنسيان الشخص كل ما يتصل بماضيه ويدخل في ذلك أسمه وعنوانه والمكان الذي جاء منه والناس الذين يعرفهم بما فيهم أسرته.

أما فقدان الذاكرة الجزئي، فيتمثل في نسيان جزء معين من حياة المصاب فقد ينسى كل الظروف المزعجة التي سبقت مباشرة ظهور الهستيريا لديه، وقد ينسى فترة معينة من طفولته. أو لشئ ما ارتبط بانفعال قوى.

ونستطيع أن نوضح فقدان الذاكرة الكامل بالمثال التالي (نقلاً عن مصطفى فهمي). (٦٠)

حالة فلاح في حوالي الثلاثين من عمره وجد في حالة ذهول أحضره شخص إلى احدى المستشفيات وعند سؤاله لم يعرف أسمه ولا من أين أتى ولا عنوانه ولا عمله ولا أسماء أصدقائه، أحضر ذلك

الشخص إلى المستشفى فى يوم سبت وعند فحصه لم يوجد فيه أى علة عضوية وفى يوم الأثنين قام من مرقده مفزوعاً وسأل الممرضة من الذى أحضره إلى المستشفى ولماذا؟ وبدأ من ذلك التاريخ يخبر الممرضة عن أسمه ومن أين أتى، وذكر لها أنه يجب عليه الذهاب لمركز البوليس لأنه ارتكب حادثه. وقد ذكر لها الحادثة وهى تتلخص فى أنه كان يقود عربة محملة بالخضروات، وفى أثناء سيره قتل رجلاً عجوزاً لم تعذر عليه تجنبه لأنه خرج فجأة من خلال الحقول أثناء الليل، وقد سببت له هذه الحادثة ارتباكاً شديداً عندما ذهب إلى أصدقائه ليقص لهم الحادثة وأخذوا يخوفونه من نتائج الحادث ونصحوه بضرورة تبليغ الأمر لرجال الشرطة والذى حدث بعد ذلك أن الرجل وهو فى طريقه إلى مركز البوليس فقد ذاكرته فنسى كل شئ ثم وجد فى حالة الذهول التى أحضر من أجلها إلى المستشفى.

ويرتبط بفقدان الذاكرة الحالة المعروفة باسم:

• المشى أثناء النوم:

ويشبه السير أثناء النوم شرود النهار ولكن فى حدود ضيقة وفى اتجاه خاص، ويأتى ضيق الحدود من حدود المكان والزمان بالنسبة للنائم، أما الاتجاه الخاص فيكون السير ملامسة يستعرض فيها النائم

ظروف صعوباته التى لا يريد أن يتذكرها حالة اليقظـة ويختلف السير أثناء النوم عن الأحلام المألوفة اذ ينطوى على إجراء والعمى لجـانب أو أكثر مـن حادثـة معينـة بـالذات كـانت العامل الأساسـى المباشــر وراء الهستيريا.

• التجوال اللاشعورى:

كثيراً ما نقرأ فى الصحف خبراً عن شريد فقد ذاكرتـه ولا - يعرف من أين أتى ومن هو. ويعتبر التجوال أو الشرود عرضـاً مـن أعراض الهستيريا حيث ينسى المصاب هويته لفترة من الزمن ويهرب من مكان إقامته المعهود إلى مكان آخر.

فإذا ما انتبه إلى نفسه تسـاءل أين هو وكيف وصـل إلـى هذا المكـان، ان هروبـه مـن مكـان إقامتـه شـكل من أشـكال الهـروب مـن الظرف المقلق الذى كان ينطوى عليه ذلك المكان ونسيانه للماضى يعـد عملية كبت عميقة.

إن شروده يمكن أن يكون لساعات، ويمكن أن يمتد عدة سـنوات وكثيرا ما يظهر فى المكان الجديد غير مهتم بما كان عليه من قبل حتى يستفيق إلى ظرفه الجديد بتأثير مناسبة عارضة أو حادثة شديدة الوقع.

(ب) ازدواج الشخصية Double Personality

ازدواج الشخصية حالة مرضية يعيش فيها المريض فترة بشخصه ذات شعور وسمات وسلوك ومظاهر معينة، ثم يعيش فى فترة أخرى بشخصية مغايرة للأولى فى كثير من صفاتها، ثم يعود للشخصية الأولى وهكذا، وفى أغلب الحالات ينسى المريض فى اللحظة الراهنة ما يتعلق بالشخصية الأخرى، كما يغلب أن يعيش المريض معظم الوقت باحدى الشخصيتين (وهى شخصيته العادية الأصلية، بينما يكون ظهور الشخصية الأخرى فى فترات نادرة..)

إن الشخصية المزدوجة حالة من حالات الهستيريا تظهر وتتطور.. كرد فعل لما يشعر به المريض من قلق، أو يعتبر ازدواج الشخصية وسيلة يعتدى بها الفرد على نفسه لا شعورياً كوسيلة للعقاب ولتخليص نفسه من حالة القلق بعد صراع معين، وذلك أن المريض يعاقب نفسه على جرمه لا شعورياً عندما يسجن شخصيته الأولى ويمنعها من الاستمتاع جزاء سلوكها فى الحياة.

ثم أن ازدواج الشخصية يعتبر وسيلة هروبية، كما أنه يجعل المريض مركز عناية فهو وسيلة لجذب انتباه الآخرين إليه.

يذكر مصطفى فهمى (.. أن المريض بازدواج الشخصية يستفيد من عمليتين لا شعوريتين هما: العزل الزائد لأنه يستبعد كل شخصيته القديمة بأكملها، والكبت الزائد لأن إحدى الشخصيتين تكبت عن طريق النسيان كل خبرات الشخصية الأولى ويمحوها من ذاكرة المريض. (٦٠)

هذا عن الأعراض الهستيرية المختلفة ولكن ليس من الضرورى أن تظهر كل مجموعة من الأعراض منفصلة فقد يصاب المريض بخليط من الأعراض الهستيرية فى وقت واحد.

ومثال على ذلك فلنأخذ الحالة التاريخية الأولى التى كانت بمثابة حجر رشيد فى نشأة الطب النفسى المعاصر والتى قام بعلاجها فرويد فتاة فى العشرين من عمرها تمتاز بذكاء ملحوظ أخذت تعانى أعراض هستيرية شديدة أثناء تمريضها والداها. وتتلخص هذه الأعراض التى ظلت تقاسى منها زهاء سنتين فى شلل فى أطرافها فى الناحية اليمنى من الجسم مصحوباً بفقدان الحس مع اضطراب حركات العينين ونقص فى قدرة الإبصار ثم سعال حاد وعزف عن الطعام. وقد قاست الأمرين عندما امتنع عليها أن تشرب بالرغم من عطش شديد فضلاً عن اضطراب قدرتها على التعبير عما فى نفسها أو فهم ما يقال لها فى

لغتها الأصلية - وكان ينتابها من حين لآخر حالات الغياب العقلى والاختلاط الذهنى وتغير ملحوظ فى شخصيتها.

وقد لوحظ عليها أثناء حالات (الغياب) العقلى أنها كانت تتبس ببعض كلمات تبدو أنها تعبير عن بعض ما كان يشغل ذهنها فما كان من الطبيب إلا أن أخذ يخضعها لضرب من التنويم المغناطيسى ويعيد عليها أثناء ذلك تلك الكلمات التى فاهت بها أثناء حالات - الغياب، فكانت المريضة تستجيب لها بالتعبير عن باقى ما كان يشغلها من المشاعر والأخيلة. وكانت هذه المشاعر والأخيلة ذات - طابع حزين تدور دائماً حول موقف فتاة بجانب فراش أبيها المريض. وكانت كلما أفرغت ما فى نفسها منها وعادت بعد ذلك إلى حالتها الطبيعية فترة من الزمن تعقبها حالات الغياب التى كان الطبيب يخلصها منها بالطريقة السالفة الذكر، بحيث أصبح من الجلى أن الاضطراب والبلبلة الذهنية التى كانت تتخذ شكل حالات الغياب انما تنجم عن تلك الأخيلة المشحونة شحنات انفعالية شديدة، كما اتضح أنه كان فى وسع الطبيب أن يخلصها من أعراضها الواحد تلو الآخر، عندما استطاع أن يجعلها تتذكر أثناء التنويم الملابسات التى ظهرت فيها الأعراض لأول مرة - تذكرا مصحوباً بافراغ ما فى نفسها من الانفعال بصدد هذه الملابسات مثال ذلك أنها قاست من عطش شديد أثناء صيف شديد الحرارة عندما

امتنع عليها فجأة أن تشرب دون أن تعرف لعزوفها الشديد عن شرب الماء سبباً، بحيث اضطرت إلى الاستعاضة عن الماء بامتصاص عصير بعض الفواكه. وفي يوم أثناء التنويم أفصحت عن غضبها الشديد من مربيتها، فقد شاهدت المربية يوماً تقدم لكلبها كوباً من الماء ففاضت نفسها بالتقزز وإذا لم تقوى على التعبير عن انفعالها كتمته في نفسها – وعادت بعد ذلك شرب الماء فلما استعادت أثناء التنويم هذه الملابسات وأفرغت ما في نفسها من الغضب والتقزز – طلبت كوب من الماء وشربت منها بغير صعوبة ثم أفاقت من التنويم والكوب على شفتيها. (٥٧)

وهكذا فالمرضى بالهستيريا يعانون من ذكريات بعينها هي بمثابة مخلفات ورموز ذكروية لخبرات انفعالية خلت، وأن هذه الشحنات الناتجة عن تلك الخبرات لم يتح لها التفريغ المناسب وظلت منعزلة عن باقي الحياة النفسية لا تجد سبيلاً للافصاح عن نفسها سوى الاعراض المرضية دون أن يفطن المريض إلى العلاقة بين هذه الأعراض وتلك الخبرات الانفعالية التي زج بها في زاوية النسيان هذه الخبرات هي بمثابة حالات نفسية لا شعورية والنتيجة المنطقية من ذلك أنه كلما كان هناك عرض هيستيري فلابد وأن تكون هناك حالة من

النسيان، وقلما يكون العرض مرتبط بخبرة انفعالية واحدة وانما يغلب أن يكون مرتبط بعدة خبرات متشابهة تنطوى تحت عرض واحد.

فالأعراض الهستيرية بمثابة تعبير رمـزى لحـالات انفعاليـة بعينها.

كما أن العوامل المسببة للهستيريا قد تكون فشلاً فى أى جانب من جوانب الحياة بسبب صراع أو كبت أو احباط نتج عن صورة من صور الحرمان فبدلاً من أن يحاول الشخص مواجهة الموقف للتغلب عليه يلجأ إلى السلوك الهستيرى وتتخذ اضطرابات انفعالية لنفسها مسالك جسمية تجد فيها وسيلة للتعبير عن نفسها وهى بهذا تكون حيلة لا شعورية تسمح للفرد بالهروب من الموقف المشكل أو يجنى من ورائها أو على الأقل تبريراً لانسحابه واحجامه عن تحمل المسئولية.

ولا شك أن للاصابة بالهستيريا عوامل ممهدة رسخت لدى الفرد فى طفولته وأدت إلى تكوين شخصيته الهستيرية وعدم تكاملها ومن هذه العوامل الخجل والاعتماد على الغير وخداع الذات والقابلية للاستهواء والحرمان من الحب والحنان والرعاية وقد تكون نتائج لسوء التربية الأولى التى تعتمد على كثرة التدليل والاطراء والحماية الزائدة وعدم التدريب على تحمل المسئولية.

الفصل الرابع

الاضطرابات الذهانية

الاضطرابات الذهانية

مقدمة

الذهان (هو اضطراب خطير فى الشخصية بأسرها يظهر فى صورة اختلال شديد فى القوى العقلية وادراك الواقع، إضافة إلى اضطراب بارز فى الحياة الانفعالية وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون الفرد وتدبير شئونه ويمنعه هذا التوافق فى كل صوره .. الاجتماعى .. العائلى .. المهنى ..

لذا يتعين عزل المريض ورعايته فى معازل خاصة.

وانتشر مرض الذهان، وكثر اتباعه ليقدرهم البعض بنسبة ٣٪ من المجموع العام للسكان .. ويقول البعض الآخر أن عدد مرضى الذهان يبلغ عدد المرضى بأمراض القلب والسرطان معا.

ويحدث الذهان عادة فى منتصف العمر .. وأشارت بعض الدراسات بأن متوسط العمر عند دخول مستشفى الأمراض العقلية هو ٢٤ سنة. ومع ذلك فاننا نجد الفصام مبكراً فى مرحلة المراهقة وذهان الشيخوخة متأخراً فى مرحلة الشيخوخة. (١٥)

أعراض الذهان:

تعد أعراض الذهان شديدة إذا قيست بالعصاب وأهمها:

- اضطراب في النشاط الحركي فيظهر البطء والجمود والأوضاع والحركات الشاذة الغريبة، وقد تظهر زيادة في النشاط وعدم استقرار وهياج وميل للتخريب.

- يضطرب التفكير وقد يصبح ذاتياً .. خيالياً .. غير مترابط .. وتتأخر الوظائف العقلية .. يظهر تطاير الأفكار وتأخرها .. والخلط والتشتت .. وتظهر الأوهام كالعظمة أو الاضطهاد أو الأثم أو الانعدام .. إلخ.

وعادة يكون التفاهم مع المريض صعباً .. إذ توجد لديه خداعات وهلوسات بصرية كانت .. أم سمعية .. أم شمية .. ذوقية – لمسية .. جنسية.

- يتأثر الكلام فيصبح غير متماسك ولا منطقياً .. ويضطرب مجراه بين سرعة وبطء وعرقلة .. كما يضطرب كمه نقصاناً وزيادة.

- سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

- اضطراب الانفعالات وعدم ثباتها .. وظهور التوتر والتبلد والتناقض الوجداني والتهيج والخوف والقلق ومشاعر الذنب الشاذة وقد تراود المريض فكرة الانتحار.

- اضطراب السلوك بشكل بيّن فيبدو شاذاً .. نمطياً .. انسحابياً .. وتكتسب عادات وسلوك بعيد عن طبيعة الفرد، وتبدو الحساسية النفسية الزائدة ويضطرب مفهوم الذات. (١٥)

أسباب الفصام:

- الاستعداد الوراثي المهيئ للمرض لمجرد توفر العوامل البيئية المسببة.

- العوامل العصبية والسُمية والأمراض مثل التهاب المخ وجروحه وأورامه هو والجهاز العصبي المركزي والزهري .. وغير ذلك.

- الاحباطات والتوترات والصراعات النفسية الشديدة وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام كل هذا ..

- المشكلات والصدمات النفسية والانفعالية المبكرة ..

الفصــام

SCHIZOPHERNIA

الفصام ذهان وظيفي يصيب ١٪ من سكان كل مجتمـع وتختلف مظاهره وأعراضه من فرد إلـى آخر – حسب نـوع التنشئة والتطبيع الاجتماعي الذى يميز بيئة ومجتمع كل فرد، ونقصد بأن الفصام مـرض ذهاني وظيفي هو أنه اضطراب عقلي لا أساس عضوى لـه، ولا يوجد مـا يبرره فسيولوجياً أو تشـريحياً، لذلـك يفسـر الفصـام بأنـه نتيجـة لاضطراب مباشر في الوظائف العقلية، ويتمـيز الفصام بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدى إن لم تعـالج فـي بدء الأمر إلى اضطراب وتدهور فـي الشخصية والسلوك، وأهم هذه الأعـراض – اضطراب التفكير والوجدان، والادراك والارادة، وعدم القـدرة علـى اختبـار الواقـع والانسـحاب منـه، مـع وجـود الهـلاوس والهـذاءات "Delusion" ويبـدأ عـادة فـي فـترة البلـوغ وتكـثر ضحايـاه فيمـا بين (١٥: ٣٠) عاماً.

وبناءً على ما سبق نخلص إلى أن الفصام "اضطراب وظيفي في الشخص ويبدو فـي صـورة أعراض فـي جوانـب الشـخصية جميعـاً (الجانب الانفعالي والجانب الفكرى – والجانب السلوكي).

ونجد فى الفصام جانب الرغبات مسيطرة، فيصبح الواقع صورة مطابقة لها، كأن تسمع امرأة مريضة بالفصام أصواتاً ملوسية تدور حول عبارات الغزل وتنسبها إلى بعض الناس، ويظل المريض فى هذه الحالات على قدر من الاتصال بمن يحيطون به، على الرغم مما أصاب الواقع من تحريف، أما فى الحالات القصوى وعندما يثقل الواقع كاهل المريض فلا يقوى حتى على تحريفه وفق هواه، نراه ينسحب فى العالم الخارجي، ويلغى الواقع ، ثم يغوص فى عالم من الأخيلة يغنيه عن عالم الواقع، فيكف عن الاستجابة لما يجرى حوله. (٥٧)

الفصام وأسبابه:

الوراثة والبيئة عاملان يتداخلان فى بناء الشخصية وحياة الفرد فى الصحة والمرض – وتتحكم الوراثة فى استعدادات الانسان وتحدد الأمراض التى يمكن أن تصيب الانسان ولكن البيئة لها تأثير كبير بجانب الوراثة – فكلما كانت البيئة غنية وثرية بالحب والحنان والدفء الأسرى، والاهتمامات، كل هذه العوامل التى تنمى فى الانسان التطور العقلى الجسدى والاجتماعى والانفعالى وقد تكون البيئة هى العامل Exity – المثير والمهيج لاستعداد وراثى للمرض – وقد تكون البيئة

عامل مساعد وحماية ووقاية للفرد من استثارة هذا الاستعداد ويظل الفرد المهيء للمرض فى حالة معقولة للتوافق والسعادة فى حياته.

ولهذا لا يمكن أن نضع حداً فاصلاً للعوامل الوراثية والبيئية أو أن نتناول أيهما سبباً للمرض هل الوراثة - أم البيئة - فقد يكون هناك الفرد المهيء للمرض العقلى وذلك للقدر الكبير الوراثى الذى يرثه من هذا المرض وبهذا يتطلب قدر بسيط من الضغوط البيئية Stress لظهور هذا الاستعداد وتفجر المرض - والعكس - الفرد الآخر الذى لديه نصيب أو استعداد ضئيل للمرض ولكن تقابله ضغوط شديدة جداً لا يطاق احتمالها فيظهر المرض أيضاً - وهكذا فهى علاقة تفاعلية بين العوامل الوراثية والبيئية وان كنا نجد بعض العلماء الذين يميلون إلى ترجيح كافه العوامل البيئية، وآخرون يرجحون كفة العوامل الوراثية وأننا نرى أنه لا يمكن أن ننكر أى دور للعوامل البيئية بجانب العوامل الوراثية فى تفجير الفصام.

ويعتقد البعض أن الوراثة تلعب دوراً هاماً فى حدوث الاصابة بهذا المرض (الفصام) فهناك بعض الدراسات الاحصائية التى دلت أن مرض الفصام يتحدد بنسبة ٦٠٪ من بعض العائلات، ولكن ليس من الضرورى أن تكون وراثة المرض صادرة من الآباء للأبناء مباشرة

ولكن إذا كان أحد الوالدين مصابا بالمرض فإن نسبة الأطفال الذين يحتمل إصابتهم تبلغ ١٠٪ أما إذا كان كلا الأبوين مصاباً بالمرض فإن أكثر من نصف الأطفال يصبحون عرضه له.

وقد وجد أن نسبة الاصابة بين التوائم المتشابهة تزيد أربع أضعاف عنها فى التوائم المتآخية ولا تزيد هذه النسبة عما لوحظ فى العصاب.

ولكن هذه النتائج أيضاً لا نعتبرها مؤشراً فقط على العوامل الوراثية فالتوائم تعيش نفس الظروف البيئية بثرائها واحباطها.

أعراض الفصام عامة:

وتتناول أعراض الفصام اضطراب الشخصية بأكملها وأغلب النواحى العقلية – وتبدو أعراض الفصام بدرجات متفاوتة على كل من مرضاه، ويتضمن عادة تناقص صلة المريض بالعالم الواقعى فيعيش مريض الفصام فى دنياه وعالمه الخاص به وكأنه فى يقظته أشبه ما يكون السوى فى الأحلام. وتظهر الأعراض فى نواحى متعددة:

١- اضطراب التفكير:

تبدو على مرضى الفصام اضطرابات التفكير وهو من الأعراض المميزة لهذا المرض والتى تساعد على تشخيصه. ويظهر ذلك فى شكل:

صعوبة التفكير وبطء فى مجراه ونضوب فى محتوياته على وجه العموم كما يصاحب ذلك معاناة المريض فى بدء المرض أحيانا من ضغط الأفكار Pressure of Thought - فيشعر المريض بتدفق تيار الفكر غزيراً دون سيطرة المريض على أفكاره، وهنا يشعر المريض بسباق دائم بين أفكاره وقد يصفه بعضهم بأنه كفيلم سينمائى يدور سريعاً فى دماغه ولا يستطيع إيقافه).

ويصاحب الفصام فى درجاته الأولى كذلك ظاهرة أخرى هى انسداد الفكر أو استغلاقه Blocking. إذ تنقطع سلسلة التفكير فجأة إلى فترة قصيرة يكون ذهن المريض فيها خاوياً، يتوقف المريض عن التفكير أثناء محادثته ثم يبدأ فى الكلام ثانية ولكن فى موضوع آخر. مما يشبه نوبة الصرع الصغيرة Petitmal غير أن توقف الفكر لا يصحبه فقدان الشعور، (ويصفه بعض المرضى بأنه تيار فكرة كان كمجرى ماء ينساب ثم يسد فجأة إلى لحظة قصيرة).

أما عن محتوى التفكير - فان عدم التناسق يسود تفكير المريض بدرجات متفاوتة - وكان الهدف الذى يوجه سلسلة الأفكار والاحاديث فى تداعيها فى الحالة السوية قد بهت واختفى فيسير التفكير والحديث وفقاً لعوامل - داخلية - أو خارجية عابرة قد تكون واضحة لنا أو غامضة - أو لمجرد تشابه الألفاظ أو يجمع المريض بين فكرتين أو كلمتين فى واحدة وهو (ما يعرف بالتكثيف Condensation) أو يتعلق بفكرة واحدة يظل يرددها فى ذهنه أو كلامه على وتيرة واحدة مملة، وكثيراً ما تكون اجابة المريض على الأسئلة غير ملائمة Irrelevant ولا علاقة لها بالسؤال ويصبح المريض أسيراً لاعتقاداته الخاطئة ووساوسه وأفكاره المرضية - يؤول جميع أنواع السلوك التى تحيط به حسب الهذاءات التى تحتل كل محتوى تفكيره.

ويتميز تفكير الفصامى بدرجة ما بأنه ذاتى ومجانب للواقع أحياناً فهو أسير لدوافعه الدفينة وعقده غير الشعورية وأفكاره الذاتية.

كذلك يتميز تفكير الفصامى بأنه أكثر عيانية Concreteness وأقل تجريداً Abstract - فهو بذلك أقرب إلى التفكير البدائى.

كما نقابل فى الفصام خللاً واضحاً فى العلاقة السوية بين الشكل والأرضية Figure&Ground مما يجعل المريض يدرك جزءاً من

الشئ الذى يراه أو ظيفته أو جزء من الموقف فيستجيب له استجابة غير سوية.

ولا يفصح الفكر عن محتوياته المضطربة بالكلام المنطوق أو المكتوب فحسب بل يتعداه إلى وسائل التعبير الأخرى كالرسم مثلا وتتميز رسوم الفصاميين بافتقارها إلى التعبير.

ومن العلامات المميزة لمرضى الفصام أيضا هو فقدان بعض قدراتهم على اختبار الواقع Reality testing.

ونعنى بالقدرة على اختبار الواقع هو القدرة على التمييز بين ما له وجود خارجى واقعى وتنقله الحواس إلى الذهن، وبين ما يوجد فى الذهن من أفكار وغيرها مما لا يكون ماثلاً أمامنا فى الخارج ولو تعطلت هذه القدرة ما يحدث فى الفصام أحيانا اعتقد المريض أن للصور الذهنية وجوداً واقعيا خارجيا ففى أخيلة Halucination الفصامى يتوهم المريض أنه يرى أشياء وهى فى الحقيقة أفكاره الداخلية.

ولذا فكر فى شىء أو أراد شيئا (على مستوى شعورى أو لا شعورى ، خيل إليه أنه ماثل أمامه فعلا فى العالم الخارجى.

كما تكثر الهذاءات Delusion في المرض الفصاميين فيعتقد المريض أن الناس يقرأون أفكاره أو يوجهونها أو يؤثرون عليه بوسائل شاذه سحرية أو الكترونية.

فقد يشكو المريض من : -

- سحب أو حرمان من الافكار فيشكو من أن أفكاره تسحب منه بواسطة أجهزة خاصة وذلك لحرمانه منها - نظرا لخطورتها وأن هؤلاء العملاء يريدون استعمال هذه الافكار في تحطيم أو انقاذ البشرية - ويشكو دائما من الفراغ الفكري كما يشكو من ادخال الأفكار الدخيله عليه من قوى خارجيه تريد تسخيره للعمل معها.

- ويشكو أيضا من سرقة أفكاره وإذاعتها في الراديو ونقلها للتليفزيون والجرائد بل وأحيانا يعاني من أن الناس يستطيعون قراءة أفكاره - وما يجول بخاطره. وهذا الاعتقاد الخاطيء يجعله في حالة خوف وذعر نظرا لما تنطوي عليه أفكار أي فرد من خير وشر ووساوس شريرة وحميدة ، مما يجعله يخشى انكشاف أكشاف أمره أمام الجميع ، بل وأحيانا ما يسبب هذا المرض في حد ذاته محاولة للانتحار. (٨)

(٢) اضطراب الوجدان :

أما عن الخلل الوجدانى فى الفصام فيظهر فى شكل :

- تبلد الانفعال ويكون هو السمة المميزة لمرضى الفصام على وجه العموم فيعانى الفصامى من التبلد وعدم التجاوب الانفعالى مع الأخرين. ويبدو الخلل الوجدانى عادة من بدء المرض فى صورة تبلد Blunting أو خمول Dullness وكثيرا ما يكون أظهر أعراض المرض قبل أن يتضح غيره من الاعراض ومع تبلد الوجدان ونقص أو انعدام استجابته الوجدانية فانه يكون فى الوقت نفسه ضيق الخلق، سريع الغضب والاستثارة. وذلك من أهم أسباب عزلة المريض.... ويظهر عدم التناسب الانفعالى ، وربما يضحك على أمر يستلزم الحزن الشديد أو يبكى لمواقف تستدعى الابتسامة والسماحة - ويصبح عدم المبالاة بما يدور حوله ، فهو ينفعل لأسباب داخليه خاصه به.

كما قد يصاحب التبلد الانفعالى - التناقض الوجدانى فيتعرض لذبذبات انفعالية متناقضة فهو عرضة لحالات وقتية من النشوة والطرب. ثم الخوف والرعب والقلق والتوتر - وتظهر هذه الانفعالات فجأه دون أى سبب.

(٣) اضطراب الانتباه :

يتأثر الانتباه فى الفصامى لفقدان الانتقائيه Selectivity الناشىء عن اضطراب العلاقه السويه بين الشكل والأرضيه ومع ذلك فلا يضعف الانتباه الغريزى كثيرا فى حالات الذهول. أما الانتباه الإرادى المتواصل فيعانى كثيرا بسبب انشغال المريض بعالمه الداخلى واضطراب فكره ووجدانه وأنصراف اهتمامه عن العالم الخارجى - ولذا يصعب على الطالب التركيز واستذكار دروسه. ولا يطيق الفصاميون القراءات أو المحادثات الطويله التى تتطلب مثابرة أو انتباها متواصلا.

(٤) السلوك الحركى :

أن اضطراب الفكر والوجدان والانتباه يتجلى فى حركات المريض بصورة أو بأخرى - ويؤدى للتناقض وتكافؤ الاحتداد ولا سيما فى المجال الارادى فى فقدان المريض ارادته وقدرته على التنفيذ فان تجلت النمطيه فى حركات المريض وسكناته وكلامه أو ان قام المريض أحيانا بأعمال اندفاعيه عنيفه وأفعال تلقائية فان التبلد ونقص النشاط الحركى هو الطابع الشائع المميز فى أغلب حالات الفصام. وأحيانا ترمز هذه الأعراض لصراعات لا شعورية فى حياة المريض

وعادة ما تعبر عن اضطراب شديد فى ارادة المريض والسلبيه المطلقة فى التصرفات وعدم قدرته على اتخاذ أى قرار.

(٥) اضطراب الشخصيه :

سرعان ما تتغير شخصيه المريض ولا سيما فى الحالات الشديده أو المزمنه - ويكون سلوكه غير متفق مع ما عرف به من قبل وقد تصدر عن المريض (أو المريضة) الذى كان معروفا من قبل بالبراءة والاحتشام - ألفاظ وتصرفات مغرقه فى الفحش اذ تتضاءل أناه ويتقبل كثيرا من الدوافع الغريزية وتوجهه رغباته المكبوتة.

كما قد يتدهور الفصامى ويهمل أبسط قواعد النظافة فتطول شعورهم وأظافرهم وتتمزق ملابسهم. ولا يتورع المريض عن انتهاك القانون دون حرج - ويتميز بالسلبية والسلوك التلقائى - وتكثر ممارسة العادة السرية بين الفصاميين بصورة اجبارية ملحة فى أوائل المرض ، بينما يغلب انطفاء الجنس فى الحالات الشديدة كما يحدث اضطراب للطمث فى الاناث أحيانا وتنتهى كثيرا من حالات الفصام بالخبل Dementia ولكنه يبدو فى نواح دون أخرى - وفى أوقات دون أوقات وقد يبدو كأنه ذكاء المريض قد هبط إلى مستوى شديد الانحطاط من

ناحية معينـة ، بينمـا يظهر ذكائه عاليا فى نواح أصعب فـى أوقـات أخرى.

والخبل الفصـامى مظهر من مظـاهر الاضطـراب والوجـدان والارادة وغيرها.

وللفصام صور كلينيكيه مختلفة...

وتختلف الدول فى تصنيفهم لمرضى الفصام. وقد حاول كريبلين ١٨٩٩ تقسيمه الـى الفصـام الكتـاتونى - الهيبفرنـى - والبـارانوى ثـم أضاف بلوير ١٩١١ النوع الرابع وهو الفصام البسيط ومنذ ذلك الوقـت اعتبر الفصام أربعة أنواع. (٨) وسنأخذ منها التصنيف.

(أولاً) الفصام البسيط:

يتميز هذا النوع من الفصام بغياب الأمراض الحادة فهو يزحـف عادة ببطء شديد حتى ينتهى بتدهور مستمر فى الشـخصية ويختلط فـى تشخيصه بالضعف العقلى لضعف واضح فى تفكير مرضاه ويتميز هـذا النوع باضطرابات الوجدان فتتبلد انفعالات المريض ، ويكون المريض خاملا عديم الطموح ، وتصبح حياته مملة لمن حوله ، اذ لا يبالى بهـم، ويفقد المريض بالفصـام البسـيط أى دافع للتحصيـل والانجـاز وعـدم

الاحساس بالمسئولية ، ويقوم بأعماله اليومية آليا دون ابتكار وقد يترك عمله أو مدرسته اذا كان طالبا حتى أن بعض ذوى الفصام البسيط قد ينخرطون فى صفوف المتشردين والمجرمين أو البغايا - أو يتسكعون دون هدف.

كما قد يصاحب أعراضهم تدهور عقلى واضطراب فى التفكير ولكنهم لا يصابون بالهلاوس أو الهذاءات ويظل حديثهم مترابط ولكنهم لا يميلون الى المحادثات الطويلة نظرا لصعوبة تركيز انتباههم (اضطراب الانتباه).

ويبدأ الفصام البسيط من مبدأ الأمر أو يعقب تحسن أحد الأنواع الاخرى من الفصام.

ويشبه الفصام البسيط الدرجات الشديدة من الشخصيه شبه الفصاميه.

(ثانياً) الفصام الكتاتونى : Catatonic

ويتميز بالتصلب الحركى والاتجاهات السلبية تجاه العالم ويبدأ فى سن متأخر عن الفصام البسيط حيث يبدأ من سن ٢٠-٤٠ سنة.

وفى الاستجابة الكتاتونية يتقلب المريض بين ذهول عميق وبين الاثارة. ففى حاله الذهول تجمد كامل قد يستمر ساعات وربما وقف أو جلس أو رقد المريض لبضعة أيام متقلص العضلات فى وضع لا يعيره، أو أصيب بما يعرف بالانثنائية الشمعيه Waxy Flexibility وقد تسبق نوبات الجمود الشديد أو تعقبها نوبات أخرى من ازدياد الحركة أو نوبات هياج وغضب وضيق أحياناً وهبوط واكتئاب فى أحيان أخرى. وقد يعانى المريض من أخيله وهذاءات (ذهول كتاتونى) ومن ذهول ، ويمتنع عن الكلام تماماً.

ففى الفصام الكتاتونى يتسم المريض بأعراض حركية غريبة ، ففى حالات يكون ساكنا وفى حالات أخرى هائجا ومتمردا.

ويعانى هلاوس وهذاءات قوية ويكون فى حالة ذهول الكتاتونى Catatonic Stupor اذا رفع الطبيب يده عاليه فى أى وضع فانه يحتفظ بذراعا ممتده فى الهواء عدة ساعات. (٤٠)

وتتركز الاعراض الكتاتونيه " التخشبيه - أو التصلبيه" فى : -

(١) الذهول والغيوبه الكتاتونيه : - وتتراوح من توقف بعض الحركات الى غيبوبه تامه.

(٢) الهياج الكتاتونى : - ينتاب المريض فترات من الهياج الشديد ويعتدى على الغير.

(٣) السلبية المطلقة : - وهنا يرفض المريض الطعام والشراب والاجابة على أى اسئله بل وأحيانا يقول بعكس ما يؤمر به.

(٤) المداومة على حركة أو وضع معين : - يتخذ المريض وضعا خاصا لا يغيره لمدة ساعات بل وأحيانا يمتد الى أيام فيأخذ مثلا وضع الجنين فى بطن أمه أو يرفع رجله اليمنى أو يضع يديه خلف ظهره أو يمد ذراعه للسلام.

(٥) الطاعة العمياء :- يقوم المريض بتقليد كل كلمه أو حركه أو اشاره أمامه دون سؤاله.

(٦) المداومة على الحركات المشابهة : - تنتاب المريض حركات متكررة فى الأنف والحواجب أو الفم أو الاهتزاز المستمر فى أحد الاطراف.

(٧) أضطراب الكلام :-

- فقد الكلام تماما وقد يتكلم بالاشارة أو الكتابه.
- اختلاط الكلام حيث يتكرر دون ارتباط وبطريقة غير مفهومة.

- تكرار الكلام أو بعض الجمل بنفس المعنى.
- ينطق بكلام لا معنى له أو بلغه من ابتكاره.

(٨) اضطرابات جسمية : - نلاحظ تغير جسمي واضح في الامراض - الكتاتونية مثل زيادة اللعاب والعرق وزرقة الأطراف وانخفاض ضغط الدم وبطء التنفس.(٨)

(ثالثاً) الفصام الهبفريني: Hebephrenic

وكلمة Hebe هي في الاصل اسم ابنه الالهين زيوس Zeus وهيرا Hera وهو حامله الكأس لأوليمبوس Olumpus وهي أيضا تشخيص للربيع والشباب ، وتستخدم كلمه Hebe عادة كمقطع يعني الشباب. وهو وسط أو خليط من الانواع الاخرى حيث مظاهر هذا المرض : -

فيه أعراض الفصام البسيط.
فيه أخيلة كثيرة وهذاءات مشوشه.
ربما نشاهد فيه درجه بسيطه من الأعراض الكتاتونيه.
من أكثر أنواع الفصام بعدا عن الواقع....
اضطراب في الفكر والوجدان والسلوك وتقلب وتغيرا.

فجاجه الانفعال وابتكار لغة خاصة للتعبير عن المفهوم مع غرابه الافكار وتشتتها.

(رابعاً) الفصام الهذائى، البارانوى: Paranoid

ويتميز هذا النوع بالهذاءات غير المنطقيه المفككة Delusions - وكذلك الخيالات ويظهر الفصام الهذائى فى سن متأخر عن متوسط السن التى تظهر فيها حالات الفصام الاخرى.

وأحيانا ما تكون الشخصيه متكامله مع بعض الاستبصار لدرجه أن المريض ينكر أعراضه ، ولا تظهر الا اذا أثير اثارة شديدة - والبعض يدمجه تحت الذهان البارانوى وأن المسأله تتفاوت فى شده درجة المرض. (٨)

وذلك لأن هذاءات هذا النوع من الفصام معظمها هذاءات الاضطهاد وهذاءات العظمة، والمريض الهذائى شديد الشك ويتهم الناس دوما باضطهاده وظلمه وتصبح حياته مفككة. كما أن معظم هلاوسه سمعيه بصريه.

هذا عن الفصام وهو من الأمراض العقلية المستفحلة والتى يجب العنايه بمريضها ولا نتركه للمرض يستفحل معه خاصه اذا جاء

المرض بطيئا وبالتدريج - وليس عسيراً أن نكتشف المرض فى مبدئه حينما تلاحظ العائله أن ابنهم أو ابنتهم قد تغير فى طبعيته المألوفة لهم وأصبح عزوفا عن الناس وغير ملتفت لنفسه ولا لما يجرى حوله كما كان فى الاول أو كما يجب أن يكون - أو انه يسرح وكأنه فى عالم آخر - أو أن سلوكه أصبح غريبا وغير مألوف فى وسطهم - فى هذه الحالة يجب أن نشك فى أنه مريض ويلزم عرضه على الطبيب - فى هذه الحالات أحيان يثبت الفحص أن الاعراض بسيطه وعلاجها أبسط بكثير مما يتصوره أهل المريض - اذ المعروف أن بعض أعراض المراهقه قد تبدو متشابهه لمبادىء الفصام وخاصه وأن السن واحده - ولكن المراهقه وأزماتها شىء والفصام شىء آخر. (٣٨) .

البـارانويا

البارانويا كلمة أغريقية معناها الحرفى خلل العقل. حيث أن هذا المرض يتميز باضطرابات واضحة فى الناحية الفكرية ويتميز بوجود هذاءات دون وجود تدهور فى الشخصية. وتختلف الهذاءات التى تتخذ صورا وأشكالا مختلفة بحسب ظروف المريض ونوع شخصيته. وهناك أعراض رئيسية واضحة وبارزة يمكن أن نميز بها مريض البارانويا.

ومن الأعراض الأولية:

الاعتقاد الخاطيء :

يعتقد المريض اعتقادا خاطئا ويكون راسخا يوجه اليه كل اهتمامه ويجعله موضوع أحاديثه ويحاول أن يقنع به الآخرين مستغلا فى ذلك جميع الأساليب المنطقية (٥٨) وتتميز هذه الهذاءات بقوتها وترتيبها وتنسيقها.

مثال ذلك بأن يعتقد المريض بأن أحد أفراد عائلته - وعادة زوجته إذا كان متزوجا - يتآمر عليه ويدبر الخطط لسمه أو لقتله ويتسيطر عليه هذا الهذاء أو الاعتقاد الخاطيء ويظل راسخا فى ذهنه وتكون استجابته للآخرين وفقا لهذا الاعتقاد الذى هو جزء من تكوين شخصية المريض لا يمكن أن يحيد عنه.

الشعور بالاضطهاد : -

حيث يتصور المريض أنه مضطهد من شخص معين وانه يحاول أن يكيد له فيدفعه ذلك الى الرغبه فى الانتقام ، والمريض بذهان الاضطهاد قادر على ايقاع غيره فى مشاكل مختلفة انتقاما منه لأسباب ينسجها خياله وهو حريص على ألا يتورط هو نفسه فى هذه المشاكل ،

لهذا كانت مشكلة هؤلاء المرضى كبيرة، لأنهم ينغصون حياة كل من يتعامل معهم أو يحتك بهم لتأويلهم وتفسيرهم أي بادرة بأنها اضطهاد لهم. فمنهم ذلك النوع الذي يقدم في جاره أو زميله في العمل الشكوى تلو الشكوى للجهات المسئولة متهما إياه بشتى التهم التي لا أساس لها. وكثير منهم يحتل مناصب عامة كبيرة فيصبوا نقمتهم على من يعمل معهم دون نظر للصالح العام أو المسئولية التي في أعناقهم. (٣٣)

ويقول مصطفى زيور : "إذا أصغينا إلى ما يتفوه به مرضى العقل من ألوان الهذيان وخاصة هذيان العظمة، وجدناها شديدة الشبه بما تسرده الأساطير والقصص الخرافية وخاصة ما ينسب إلى أبطالها من معجزات ، فالمريض بهذيان الاضطهادات يرمي بذلك – بالاضافه إلى ما يرمي إليه من الأهداف الأخرى – إلا أنه مرتفع بشخصه إلى أعلى المراتب طالما أنه موضع الحسد والاضطهاد من آلاف الناس، مثله في ذلك مثل بعض أبطال القصص الخرافية مثل قصه "الشاطر حسن". وبعبارة أخرى فإن الاسطورة تخيل جماعي أو هذيان جماعي، والهذيان اسطورة فردية. ومما يلفت النظر أن بعض مرضى العقل يخلعون هذيان العظمة على منشئهم... فيقول المريض أن الأشخاص الذين يحمل اسمهم ليسوا أبويه بل أنه من نسل ملكي وأن اعداءه

اختطفوه طفلا وعهدوا به الى أفراد من أصل وضيع . وذلك بقصد حرمانه من حقوقه الطبيعيه فى العرش أو الثروة. (٥٧)

بذاء العظمة :

وفيه يعتقد المريض أنه شخص عظيم مثله فى ذلك مثل أحد الزعماء أو القادة ، أو يعتقد أنه نبى مرسل من عند الله تعالى.

ويمتاز مريض البارانويا بقوة التفكير والارادة والعمل ، دون أن ينتهى به مرضه الى تدهور الشخصية أو الخبل ، ودون أن تعتريه الهلاوس Hallucinations فى أى مرحلة من مراحل المرض. وهذا يمكن تفرقته عن الحالات المشابهة مثل الفصام الهذائى والتى يصاحبها خيالات أو هلاوس.

وهكذا فمريض البارانويا يتميز بالشك والارتياب وسوء تأويل الحوادث والأمور والهذاءات الصريحة، وهى فى صميمها اضطراب فى التحكم وافتقار - ولو مؤقت - فى الاستبصار.

أسباب المرض : -

يؤكد البعض على أن الأسباب الممهدة أى الاستعداد للبارانويا فقد تكون راجعة الى عوامل تكوينية Genetic Factors تجعل الشخص حساسا متمركز حول ذاته، على شيء من تصلب الشخصية، وقد تكون له شخصية شبه فصامية أو يكون متقلب الانفعال غير ناضج فى انفعالاته وكثيرا ما يصطرع فيه الطموح والكبرياء مع شعور بالعجز وعدم الثقة فى النفس. وهذا الاستعداد يمهد للمرض تحت الظروف النفسية التى تمر بالفرد أو عند اصابته بأى اضطراب عقلى.

ويؤكد البعض الآخر أن السبب الأساسى لحدوث المرض يرجع الى كبت بعض الافكار والاعمال غير المقبولة ويسبق هذا الكبت صراع عقلى عنيف بين رغبة الفرد فى اشباع بعض نزعاته من جهة، وخوفه لو فشل فى اشباع هذه الرغبات لتصادمها مع المثل العليا من جهة أخرى ، ويترتب على هذا الصراع أن يكبت الفرد بعض العوامل التى يتكون منها الموقف . (٥٨)

ويحدث نتيجة لعملية الكبت والصراع أن يشعر المريض بالندم وبتأنيب الضمير ولوم النفس وتنعكس هذه المشاعر بدورها على

الآخرين اذ يشعر المريض أنهم هم المسئولون عن كل ذلك يتولد لديه شعور بالاضطهاد. (٥٩)

أما تفسير فرويد - فتعلق مدرسة فرويد أهمية قصوى على ما فى الفرد من ميول جنسية مثلية مكبوتة Repressed Homosexuality كأساس للسلوك البارانوى.

ويرى فرويد أن المريض يستخدم عملية الاسقاط استخداما متصلا فينسب الى الغير أفكاره ومشاعره ولا يفتأ يؤول حركات الآخرين وسكناتهم بما يتفق واعتقاده المرضى ، بحيث يتحول الصراع الداخلى فى النهاية الى صراع خارجى بين المريض والآخرين ، منقطع الصلة بأصله الذاتى. (٢٥)

وفيما يلى تفسير فرويد للعمليات العقلية المصاحبة لأعراض هذا المرض أى الشعور بالاضطهاد ، والغير ، والشعور بالعظمة :

• تكون العملية العقلية الناتجة عن الصراع الذى يدور حول الجنسية المثلية كما يلى :

"يجب ألا أحبه ، فأنا أكرهه"

الا أن المريض يعجز عن كراهية من يحب أى يعجز عن كراهية واحد من جنسه ، فيقوم بعملية اسقاط شعور الكراهية عليه فتتحور العملية الى :

" أنا أكرهه لأنه لا يحبنى"

ثم تتحول الى :

" أنا لا أحبه ، أنا أكرهه لأنه يضطهدنى"

أما فى حالات الغيرة فيشعر الرجل بالغيظ من زوجته فيذهب الى بار أو حانة لتناول الخمر ، وهو على علم بأنه سيلتقى برجال فى الحانة ، ورغبته فى أن يكون فى صحبة الرجال رغبة لاشعورية فتجرى العملية العقلية كما يلى:

" أنا لا أحب رجلا ، هى التى تحب رجلا".

أى أنه يسقط حبه للرجل عليها فيؤدى هذا الى الشك فيها واتهامها بعلاقات مع رجل يريدهم هو لنفسه.

والأوهام التى تتعلق بالشعور بالعظمة تسير العملية فيها بهذا الشكل:

" أنا لااحب شيئا ، أنا لا أحب أحدا ، أنا أحب نفسى فقط"

وتنمو تبعا لذلك أوهام الشعور بالعظمة التى يمكن تفسيرها على أنها تقديرا زائدا لدور الفرد لنوع جنسه ، فنسمع مثلا الرجل يقول :

" أنا رجل والمرأة حقيرة ، أنا عظيم لأنى رجل ، وعظيم لأنى أعظم من كثير من الرجال". (٢٥)

ويرى صلاح مخيمر (٣٠) أن المريض يستشعر مشاعر المحبة تجاه أحد أفراد جنسه ولكنه لا يستطيع بالنظر الى القيم الخلقية أن يسمح لمثل هذه المشاعر من الجنسية المثلية أن تغدو شعورية ومن هنا فانه لا يلبث حتى يستحدث مشاعر الكراهية ضد هذا الشخص ليدافع عن نفسه ضد المشاعر الأثيمة المتصلة بجنسيته المثلية : (كبت + تكوين مضاد). ولكن مشاعر الكراهية بدورها لا يمكن أن تغدو شعورية دون أن تستتبع من جانب الشعور بالاثم ومن ثم فانه يسقط مشاعر الكراهية على هذا الشخص موضوع حبه الأصلى، فلا يلبث حتى يرى هذا الشخص كارها له ، بل عاملا ماوسعه الجهد على اضطهاده. ومن هنا يستطيع أن يسمح لنفسه بأن يستشعر الكراهية وأن يقابل الاضطهاد من جانبه.

أما عن الأسباب المباشرة لظهور البارانويا فقد تكون تعرض الفرد لمحنة مفاجئة مثل اصابته بمرض جسمى ، أو ارهاق شديد ، أو

الا أن المريض يعجز عن كراهية من يحب أى يعجز عن كراهية واحد من جنسه ، فيقوم بعملية اسقاط شعور الكراهية عليه فتتحور العملية الى :

" أنا أكرهه لأنه لا يحبنى"

ثم تتحول الى :

" أنا لا أحبه ، أنا أكرهه لأنه يضطهدنى"

أما فى حالات الغيرة فيشعر الرجل بالغيظ من زوجته فيذهب الى بارا أو حانة لتناول الخمر ، وهو على علم بأنه سيلتقى برجال فى الحانة ، ورغبته فى أن يكون فى صحبة الرجال رغبة لاشعورية فتجرى العملية العقلية كما يلى:

" أنا لا أحب رجلا ، هى التى تحب رجلا".

أى أنه يسقط حبه للرجل عليها فيؤدى هذا الى الشك فيها واتهامها بعلاقات مع رجل يريدهم هو لنفسه.

والأوهام التى تتعلق بالشعور بالعظمة تسير العملية فيها بهذا الشكل:

" أنا لاأحب شيئا ، أنا لا أحب أحدا ، أنا أحب نفسى فقط"

وتنمو تبعا لذلك أوهام الشعور بالعظمة التي يمكن تفسيرها على أنها تقديراً زائداً لدور الفرد لنوع جنسه ، فتسمع مثلا الرجل يقول :

" أنا رجل والمرأة حقيرة ، أنا عظيم لأني رجل ، وعظيم لأني أعظم من كثير من الرجال". (٢٥)

ويرى صلاح مخيمر (٣٠) أن المريض يستشعر مشاعر المحبة تجاه أحد أفراد جنسه ولكنه لا يستطيع بالنظر الى القيم الخلقية أن يسمح لمثل هذه المشاعر من الجنسية المثلية أن تغدو شعورية ومن هنا فانه لا يلبث حتى يستحدث مشاعر الكراهية ضد هذا الشخص ليدافع عن نفسه ضد المشاعر الأثيمة المتصلة بجنسيته المثلية : (كبت + تكوين مضاد). ولكن مشاعر الكراهية بدورها لا يمكن أن تغدو شعورية دون أن تستتبع من جانب الشعور بالاثم ومن ثم فانه يسقط مشاعر الكراهية على هذا الشخص موضوع حبه الأصلي، فلا يلبث حتى يرى هذا الشخص كارها له ، بل عاملا مارسعه الجهد على اضطهاده. ومن هنا يستطيع أن يسمح لنفسه بأن يستشعر الكراهية وأن يقابل الاضطهاد من جانبه.

أما عن الأسباب المباشرة لظهور البارانويا فقد تكون تعرض الفرد لمحنة مفاجئة مثل اصابته بمرض جسمي ، أو ارهاق شديد ، أو

الفصل من العمل ، أو تخطى الفرد فى ترقية ، أو حبس الفرد أو فشل فى زواج وكثيرا ما تبدأ الاتجاهات البارانوية لدى الفرد نتيجة ظروف شخصية تتسم بالعار كادمان العادة السرية ، أو الانحرافات الجنسية ، أو انجاب طفل غير شرعى ، مع اعتقاد الفرد أن فضيحته بدأت تتكشف للأخرين.

ويقول مصطفى زيور بصدد البارانويا : "نجد بوضوح لدى مرضى العقل ضرب من الادراك النرجسى الذى يصاحبه تعين (توحد) نرجسى بالأخر بمعنى أنه يرى نفسه فى الاخر كما أنه يرى الأخر فى نفسه ، بحيث يكون مضيعا فى الأخر والأخر مضيعا فيه ، فالمريض البارانوى الذى يتهم زوجته بخيانته مع رجل آخر انما يرى فى الحقيقه نفسه مع زوجته ، فهو يسقط بعض ما فى نفسه على زوجته ، ويحارب فيها ما لم يستطع أن يحاربه فى نفسه. (٥٧)

وتؤدى معتقدات المريض البارانوى إلى صعوبات تزيد حساسيته وسوء تعامله مع الأخرين ، ويصبح حساسا لأمور كثيره يزيد سوء تأويله لها. بحيث يتلائم مع هذاءاته التى سيطرت على فكره دون أعمال الفكر وينسج بعد ذلك فى كل يوم هذاءات ثانوية نتيجه توفيقه الفكرى لجميع الاحداث بحيث تنتظم مع هذائه الاول ، فهو لا يجد فى أى حادثه عابره ما يؤيد هذاءاته المنتظمة.

الفصل الخامس

الذهان الوجدانى ذهان الهوس والاكتئاب

الذهان الوجدانى ذهان الهوس والاكتئاب

Manic-Depressive psychosis

إن أشد حالات الذهان خطورة على حياة صاحبه هو ذهاب الهوس والاكتئاب، ويكفى القول أن ٥٠-٧٠٪ من محاولات الانتحار الناجحة من المجموع العام سببها ذهان الهوس والاكتئاب، علاوة على ذلك فانه لايمثل خطورة على حياة صاحبه فحسب بل يمثل خطورة على حياة الآخرين ممن لهم صلة بالمريض. فكثيرا مانسمع فى الصحف اليومية عن قتل أم لطفلها، ثم تنتحر، أو قتل زوج لأولاده وزوجته ثم ينتحر، وأخيراً سمعنا عن الطالب الجامعى الذى قتل عمه والذى يمثل الوالد بالنسبة له، ثم سلم نفسه معترفا، وهذه الحالات عن أفراد يعانون من الاكتئاب، ولم يستطع أحد الوصول الى تشخيصهم، وكان يمكن انقاذهم وانقاذ ضحاياهم اذا بدأ علاجهم مبكرا.

وقد شهدت السنوات الأخيرة فى كل البلاد المتحضرة زيادة كبيرة فى عدد محاولات الانتحار الناجحة، وقد أظهرت أحد الأبحاث الحديثة (٨) أن سبب الوفاة فى ٣٨٪ من الأطباء الأمريكيين قبل سن الأربعين هو الانتحار وأنه لا تقل نسبه نجاح الانتحار فى مرضى الاكتئاب عن ١٥٪، ولذا يعد الانتحار من أخطر المظاهر التى تواجه

المكتئب، وقد لوحظ أن هذا المرض يزيد انتشاره بين الطبقات المثقفة، كذلك بين الطبقات العليا فى المجتمع.

وتمثل الاضطرابات الوجدانية فى مصر ٢٤,٥٪ من كل الحالات التى تقدمت العيادة الخارجية للطب النفسى فى جامعة عين شمس بالقاهرة.(٥)

وذهان الهوس والاكتئاب ذهان وجدانى Affective Psychosis يصيب انفعال المريض ووجدانه بنوع خاص، سواء بالمرح أو الاكتئاب، ويتأرجح بين نقيضين من المرح والنشوة الى البؤس والاكتئاب. وقد يكون المرض هوسا فقط Manic أو اكتئابا Depression فحسب، كما قد تكون النوبات متلاحقة أو بينها فترات طويلة أو قصيرة يكون فيها الشخص متحسنا، وقد تكون النوبات منتظمة، وقد تكون حالة الهوس وحالة الاكتئاب خالصتين أو على شىء من الامتزاج، كما قد تشوبها بعض الأعراض الفصامية Schizo Affective وبالتالى فهو يعد ضمن الاضطرابات العقلية الوظيفية.

الهوس وأعراضه :

تتميز نوبات الهوس أو ذهان المرح (الذى قد يكون خفيفا أو حادا) بتطاير الأفكار مع ما يتبعه من تشتت الحديث، كما تبدو من المريض بعض التصرفات الشاذة التى تتسم بالانفعال والسرعة، مع ازدياد النشاط الحركى النفسى Hyperactivity كما يبدو مرحا ومسرورا وأشد ثقة بنفسه، فيتقدم على تنفيذ كل ما يطرأ على ذهنه من خواطر دون أن يحفل بالقانون أو القيم والأخلاق والتقاليد، وقد يصاحب الهوس تهيج فيكثر فيها اعتداء المريض على الآخرين، ولاتهمه سلامتهم أو سلامته هو نفسه.

وقد يسب ويكسر ما أمامه، وقد ينقلب هذا النشاط الى رغبة ملحة فى السيطرة واصدار الأوامر، وغالبا ما تقترن هذه الحالة بهذاءات العظمة والاستعلاء والاسراف فى اتيان الحركات الجنسية المبتذلة دون خزى أو احساس بالعار خاصة فى الحالات الشديدة التى يتعدى فيها المرض النواحى الوجدانية الى النواحى الذهنية، فيصاب المريض بالهلاوس والهذاءات، وقد يضطرب عنده الوعى الزمانى والمكانى، كما قد يفقد الاستبصار ويصاحبه سرعة الاستثارة والارهاق الانهاك والأرق واضطراب النوم بصفة عامة، مع اسراع فى ضربات القلب، وفرط العرق والانهاك، واحمرار الوجه، واهتزاز الأطراف،

واضطراب الاخراج واضطراب الحيض لدى المرأة، مع زيادة فى النشاط الجنسى، والاستعراض الجنسى والكتابات الغرامية.

الصور الكلينيكية للهوس :

(أ) الهوس الخفيف : Hypomania

ويتميز بنشاط وانفعال متدفقين يظهران فى النشاط المعتاد للشخص، مع تزايد فى الحماس، وقلة الحاجة الى الراحة والتوتر وتناقص ساعات النوم وعدم الاهتمام بالطعام الى حد كبير.

(ب) الهوس الحاد : Acutemania

حيث تشتد الأعراض بحدة ملحوظة، فيصبح الفرد خطرا على نفسه وعلى الآخرين أيضا، وتزداد أعراض الهوس الحاد صباحا اذا ما قورنت بالمساء، وقد تستمر هذه النوبة الحادة أياما أو أسابيعا يعقبها حالة من الانهاك الشديد.

الاكتئاب وأعراضه:

تتميز نوبات الاكتئاب بانقباض فى الصدر، والشعور بالضيق وفقدان الشهية، ونقص الوزن، والامساك والصداع والتعب وخمود

الهمه. و الألم وخاصة آلام الظهر وضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي وتأخر زمن الرجع، والأزمات الحركية، وتنعكس مظاهر الكسل الحركي على النطق والكلام والرغبة في الانعزال، اضافة الى شعور المريض بالوحدة، وبأن حياته تمثل عبء عليه، وعلى الغير، فيقوم بمحاولات جادة للانتحار، كما يظهر نقص في الشهوة الجنسية، والتوهم المرضي، مع هبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، مع الشعور بالنقص والشرود حتى الذهول، والتشاؤم المفرط وخيبة الأمل، وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، ونقص الميول والإهتمامات ونقص الدافعية واهمال النظافة، والمظهر الشخصي، مع بطء التفكير، علاوة على الشعور بالذنب، واتهام الذات، وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها، خاصة في الأمور الجنسية، وفي الحالات الشديدة يقدم على الانتحار عدة مرات حتى ينجح (١) (٨) (١٥) (٣٥) (٥٩)

ويحدد دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسي "قائمة الفئات التشخيصية" الجوانب الآتية كخصائص مميزة لذهان الهوس والاكتئاب : -

النوع الهوسي :

(.. فى هذا النوع لاتظهر الا نوبات الهوس وتتصف هذه النوبات بالمرح والثرثرة، وطيران الأفكار، وسرعة الكلام والحركة، وحين يتهيج المريض فانه يمكن التفرقة بينه وبين التهيج الكتاتونى، بأن المريض هنا يتصف بتشتت الانتباه كما تحدد البيئة من حوله أفعاله وتوجهها ويبدو نشاطه مثل شخص متسرع جدا ينتقل من عمل الى عمل فى عجلة، أما عاطفته فانها تظهر كنوع من الانتعاش العابث أو الغضب، وهى دائما منطلقة ومنتشرة، أما كلامه فيظهر اضطرابا كميا فى عمليات الترابط بالمقارنة بذلك الاضطراب الكيفى الذى يحدث فى الفصام.

النوع الاكتئابى :

(.. فى هذا النوع لا تظهر الا نوبات الاكتئاب وتتصف هذه النوبات بالبداية المفاجئة لانحراف شديد فى المزاج جهة الحزن والهم، وأيضا البطء الحركى والذهنى، وقد يسبق ذلك درجات متراوحة من زيادة النشاط وقد يوجد معها شعور بعدم الارتياح والارتباك والتهيج، واذا ماظهرت أعراض تغير الذات أو الواقع أو الخداع الحسى Illution أو الهلوسة أو الضلالات (التى تكون عادة من نوع ضلالات

الهمه. والألم وخاصة آلام الظهر وضعف النشاط العام والتأخر النفسى الحركى وتأخر زمن الرجع، والأزمات الحركية، وتنعكس مظاهر الكسل الحركى على النطق والكلام والرغبة فى الانعزال، اضافة الى شعور المريض بالوحدة، وبأن حياته تمثل عبء عليه، وعلى الغير، فيقوم بمحاولات جادة للانتحار، كما يظهر نقص فى الشهوة الجنسية، والتوهم المرضى، مع هبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذى لا يتناسب مع سببه، مع الشعور بالنقص والشرود حتى الذهول، والتشاؤم المفرط وخيبة الأمل، وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، ونقص الميول والإهتمامات ونقص الدافعية واهمال النظافة، والمظهر الشخصى، مع بطء التفكير، علاوة على الشعور بالذنب، واتهام الذات، وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها، خاصة فى الأمور الجنسية، وفى الحالات الشديدة يقدم على الانتحار عدة مرات حتى ينجح (١) (٨) (١٥) (٣٥) (٥٩)

ويحدد دليل تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسى "قائمة الفئات التشخيصية" الجوانب الآتية كخصائص مميزة لذهان الهوس والاكتئاب : -

النوع الهوسي :

(.. في هذا النوع لاتظهر الا نوبات الهوس وتتصف هذه النوبات بالمرح والثرثرة، وطيران الأفكار، وسرعة الكلام والحركة، وحين يتهيج المريض فانه يمكن التفرقة بينه وبين التهيج الكتاتوني، بأن المريض هنا يتصف بتشتت الانتباه كما تحدد البيئة من حوله أفعاله وتوجهها ويبدو نشاطه مثل شخص متسرع جدا ينتقل من عمل الى عمل في عجلة، أما عاطفته فانها تظهر كنوع من الانتعاش العابث أو الغضب، وهي دائما منطلقة ومنتشرة، أما كلامه فيظهر اضطرابا كميا في عمليات الترابط بالمقارنة بذلك الاضطراب الكيفي الذي يحدث في الفصام.

النوع الاكتئابي :

(.. في هذا النوع لا تظهر الا نوبات الاكتئاب وتتصف هذه النوبات بالبداية المفاجئة لانحراف شديد في المزاج جهة الحزن والهم، وأيضا البطء الحركي والذهني، وقد يسبق ذلك درجات متراوحة من زيادة النشاط وقد يوجد معها شعور بعدم الارتياح والارتباك والتهيج، واذا ماظهرت أعراض تغير الذات أو الواقع أو الخداع الحسي Illution أو الهلوسة أو الضلالات (التي تكون عادة من نوع ضلالات

الذنب أو توهم المرض أو الأفكار البارانوية) فانها يمكن أن تعزى جميعا الى اضطراب المزاج.

النوع المختلط:

خصصت هذه الفئة للمرضى الذين تظهر فيهم أعراض الهوس والاكتئاب فى نفس الوقت تقريباً.

تفسير ذهان الهوس والاكتئاب :-

تفسير فرويد :

(.. إن تراجيح المزاج الوقتية لدى الأسوياء والعصابيين تنتج توترات فى الأنا الأعلى - وهذه الأراجيح تتزايد فى حالة المرضى الهوسيين الاكتئابيين لأنها تحدث بعد الاحباط بفقدان الموضوع وهى تكون بتوحد مع الأنا. وبعدئذ تعذيب بالقسوة الشديدة للأنا المثالى الذى يتمرد الأنا ضده بدوره).

(أما عن المظاهر الواضحة لحالة المالنخوليا فتظهر فى النبذ الواضح المؤلم الشديد العميق والقاء الاهتمام الخارجى، وفقدان المقدرة على الحب، وكف كل الأنشطة، وتهبيط كل مشاعر النظر للذات تظهر فى تأنيب الذات، وسب الذات وتتجمع فى موقع العقاب الهذيانى).

ويشترك جميع الفرويديين في تأكيد أن النكوص الى المستوى الفمي في تطور الليبدو يزيد مركزية الذات، توتر التناقض الوجداني، ويشل المقدرة على الحب فتظهر الكراهية، وهذه تؤدي إلى مشاعر متقرة مجدبة فاذا اتجهت للذات كان الاكتئاب أو اذا انطلقت كان الهوس. (٤٩)

وفي حالة انتحار المريض بذهان الهوس والاكتئاب يفترض فرويد أنه قد حدث عند هؤلاء المرضى تغيرات غريزية بعيدة المدى أدت الى اطلاق مقادير هائلة من الحافز الليبيدى التدميرى نحو الداخل. (٢٥)

فقد ادت بحوث فرويد العلاجية به الى التحقق من وجود جانب كبير من الميل الى القسوة في نفس الانسان. وذلك تأكيدا لبحثه النظرى الذى أدى به الى القول بوجود (غريزة الموت) هذه القسوة التى اذا لم تجد لها منصرفا في العالم الخارجي ارتدت الى صاحبها تلهبه بسياط التعذيب الذى نشاهده في كثير من الاحوال المرضية، يؤكد ذلك بأن الانتحار يكون نتيجة لبعض ميول القتل والكراهية التى لم يستطع صاحبها – لأى سبب خاص به أو بالعالم الخارجي – أن ينفذها ضد

غيره فارتد الى نفسه فيحاول ان يقتل نفسه بدلا من رغبته الاصيلة فى قتل غيره.

مصطفى زيور :

يذكر زيور (.. وقد أصبح من الثابت أن مرض الهوس والاكتئاب يرجع الى ارتداده الى المرحلة الفمية وما يدخل عليها من اضطراب وخاصة أخيلة التهام موضوع الحب المكروه " ازدواج الميل العاطفى" التهاما عدوانيا علاجا للاحباط الناجم من فقد الموضوع).(٢٦)

يصف زيور سلوك المصاب بالاكتئاب أو بعبارة تحليلية نفسية معالم علاقته بالموضوع – تلك المعالم التى تعبر أدق تعبير عن نمط شخصيته بما يتضمنه من عذاب أليم، وتميز ديناميات موقف المكتئب ازاء الغير (علاقته بالموضوع) بالادماج (الالتهام) العدوانى لموضوع لم يتم تمييزه عن الأنا "المكتئب" ولما كان أنا المكتئب قليل النضج فهو لا يتعامل مع الموضوع على أساس تبادل الأخذ والعطاء، بل على أساس الأخذ وحده، فضلا عن أن نهمه لا يكتفى بما يستطيع الموضوع منحه اياه، وانما يفترض أن على الموضوع أن يمنحه كل شىء وفى كل وقت وبغير حساب، وهذا يؤدى به بالضرورة الى أن يحس بالاحباط، وبالتالى بالنقمة على الموضوع بالرغم من حبه اياه وحاجته

اليه ويقتضى هذا الموقف الوجدانى المزدوج حيال الموضوع أن يشطره شطرين: احداهما صورة مثالية من الكمال والأخرى صورته الواقعية التى تشتد نقمته عليها بقدر بعدها عن الصورة المثالية، ويؤدى ادماج الموضوع غير المتميز عن الأنا تمييزا كاملا الى توقيع نقمة على الذات التى كان هدفها نقمة الموضوع، وهكذا يصل أن المكتئب الى كراهية ذاته وتحول حياته الى جحيم من العذاب ينصهر فيه كل اعتبار للذات.

بينما مريض الهوس يفلح فى الخلاص من هذا الجحيم بتوحده بصورة مثالية للموضوع - مبلورة فى الأنا الأعلى - بحيث يستعيد سيطرة مطلقة القدرة وينكر الاحباط والهيلة المكتئبة، ويقطع بذلك ما كان يعانيه من شقاء، فيفيض مرحا ويستعيد قدرا كبيرا من اعتبار الذات.

ويفسر زيبور عملية الاقدام على الانتحار التى يتميز بها مريض الذهان الوجدانى بقوله : (.. ان المريض بالاكتئاب الذهانى الذى يوجه الى نفسه أخطر التهم والتحقير وينكر على نفسه حق الحياة حتى لقد يقدم على الانتحار يتبين آخر الأمر أن كل هذا الهجوم العنيف الغاضب انما يقصد به الآخر المحبوب المكروه معا والقابع داخل نفسه، بعد أن

تخلى عنه بالغياب الحقيقى والنفسى، فسيندمج داخل النفس ولايمكن أن تتم عملية الاندماج الا لسبق وجود تعيين ذاتى نرجسى). (٥٧)

تفسير كامرون للاكتئاب الذهانى :

الاكتئاب الذهانى يمثل نكوصا كليا الى مستويات فمية عميقة والفضل يرجع لعلاقة (الأنا – الأنا العليا القوية) فى هذه المستويات من الذهان الاكتئابى، فهى التى تنقذ من الانزلاق الى نوع من تكسير الأنا الذى نراه دائما فى الفصام والذهانى الاكتئابى غير قادر الى حد بعيد عن الاهتمام بتواصل أصيل مع الآخرين، كما يفعل الاكتئابيون العصابيون وسلوك الذهانى الاكتئابى تكرارى – روتينى، ويستخدم عبارات الاتهام وادانة الذات وكراهيتها بدون أن يلقى أى اهتمامات – ولو عادية لأية تناقضات فى حديثه أو يحتج على ما يقوله الآخرون. أنه قد نكص بوضوح دون النقطة التى تمكنه من أن يقوم باستخدام دينامى لأى شىء يقوله الناس أو يفعلونه، انه قد اصبح هذيانيا، وأن تنظيمه الدفاعى قد انفجر، وأصبح غير قادر على البقاء خارج المستشفى، والواضح أنه مقيد فى نضاله مع شخصيته لكنه يسىء تفسيره على انه حقيقة موضوعية. بعبارة أخرى أنه لقد تحكمه فى الحقيقة الخارجية وهو يحاول أن يعيد تركيبها وفقد لهذياناته الخاصة.(٤٩)

سامى هنـــا :

حيل الهوس - الاكتئاب :

الدفاعات غير ناجحة الى حد بعيد فى كل من الهوس والاكتئـاب حيث لا يقاوم المريض مرضه، بـل يميل الـى أن يعيش معـه، ويمكـن تبنى أهم الدفاعات التى تؤدى وظيفتها على النحو التالى :

(١) النكوص :

ان النكوص فـى الهوس لا يعتبر منـاورة دفاعيـة، فـان صدمـة الهوس علامـة علـى أن نكوصـا، ذهانيـا، تحتيـاً شـاملا قد حـدث، وأن النكوص عـام وعميق الـى مدى بعيد، وهنـا لا يستطيع المريـض أن يتعامل مع بيئته بنجاح وهو أيضـا علامـة علـى أن الدفـاع فاشـل، وأن أنواعا أخرى من الدفاع قد حلت محله، ولايعد النكوص فى الارتكاسات الاكتئابيـة دفاعا ناجحـا، حيث انـه يظهـر المخـاوف الطفليـة ويحمـل المريض الـى مرحلـة مـن النمـو لا يجد فيهـا مسـاعدة، رغـم ضغـط المطالب الملحة، والنكوص جزئى فى الاكتئـاب العصـابى كـى يحصـل على اتصال فعال مـع عـالم الموضـوعـات الحقيقيـة : النـاس والاحـداث وعندما يكون النكوص عميقاً فانه يصبح شاملا يفقد المريـض الاتصـال

بالواقع الخارجي وهنا يصبح ذهانا، فالاكتئابي يحتفظ بجزء من تكامل أناه ومن هنا يظل تنظيمه الدفاعي سليما الى حد ما.

(٢) الكبت :

من الواضح أن الكبت فاشل تماما في ارتكاسات الهوس ولذلك فان الحوافز اللاشعورية تهدد بالخروج وتكنس المكونات الشعورية ويتحقق هذا التهديد عندما تحدث صدمة الهوس، ويختفي الاكتئابي قريبه من الذهان بقدرته على ايقاع دفاع كبته في مستوى معقول من التأثير.

(٣) الاسقاط :

هو رد عدوان الأنا الأعلى الى الحقيقة الخارجية، هذا يعني ارجاع اتجاهات الأنا الأعلى للاشخاص الآخرين، والأشخاص الذين يحبون المريض يتهمون المريض دائما باحساسه بفقدان القيمة، والاسقاط يتيح الفرصة للمريض كي ينجح بوضوح - كما كان يفعل في الطفولة، وذلك بأن يقول انه غير محبوب.

(٤) تكوين رد الفعل

النشاط الزائد والثرثرة والضحك والمرح والغناء كلها أساليب الهوس كي يدعم انكاره القوى وكبته الضعيف بتكوين رد الفعل، وهذا يعني انه لا ينكر اكتئابه ومسبباته فحسب، ولكن أيضا يتجه الى العكس الواضح للاكتئاب بصورة مبالغ فيها، الهوس دفاع ضد الاكتئاب.

(٥) الانكسار :

يدعم الانكار في الهوس بتكوين رد الفعل. وينقل ما يحتمل أن يكون اكتئابا الى زهو ولو انه سطحي عكس الاكتئاب، الا أنه ارغام بالفعل وبه كثير من علامات الاكتئاب أو يستخدم الانكار اساسا لتحويل ماكان اكتئابا ذهانيا الى ارتكاس هوس، ويصل الانكار في الهوس في أكثر من اتجاه حيث تكسر مسببات الاكتئاب، وتهمل مؤثرات الكارثة الحالية.

تعقيب :

وهكذا، وبعد هذا العرض الموجز لتفسير التحليل النفسي لذهان الهوس والاكتئاب نلاحظ تأكيدهم على أن النكوص الى المستوى الفمي في تطور الليبدو يزيد من التمركز حول الذات مع ظهور التناقض

الوجدانى وفقدان المقدرة على الحب وظهور الكراهية والتى ترتد بدورها الى الذات. وأن الانتحار نوع من العدوان المرتد الى الذات وأنه بديل عن قتل الغير عندما يحال بين المعتدى ورغبته الاصلية فى توجيه العدوان الى الآخرين.

أما علماء الاجتماع فلا يقتصرون على دوافع الفرد المنتحر أو سماته أو ظروف شخصيته وانما يرجعون فى تفسيرهم لهذه الظاهرة الى التنظيم الاجتماعى والى الأنماط الثقافية فى المجتمع أى الى الطابع الكلى لتنظيم المجتمع وثقافته وبخاصة اذا ما تعرض هذا التنظيم للتفكك والى تخلخل الروابط بين الأفراد وبعضهم البعض وبينهم وبين المجتمع واختلطت فيه القيم والمعايير وكلها عوامل بنائية (خارج) الأفراد وشخصياتهم وان لم يكن معنى ذلك الغاء هذه الناحية الأخيرة تماما.

تفسير سهير كامل من خلال "دراسة حالة" :

قامت المؤلفة بدراسة حالة لظاهرة انتحار الناتج عن ذهان الهوس والاكتئاب، واهتمت الدراسة بتفسير الظواهر السلوكية الناجمة والمصاحبة لحالات سوء التوافق المتمثل فى ذهان الهوس والاكتئاب، بغرض التعرف عليها وتحديد اعراضها والوقوف على أسبابها سواء

كانت ممهدة أو معززة أو معجلة، لطريقة كانت أم مكتسبة وذلك لمحاولة تقديم الوقاية المناسبة لمثل تلك الحالات.

أن ما يعرف عادة عن اعراض ذهان الهوس والاكتئاب هو أنه يشمل على محاولة جادة للانتحار، وأن هذا العرض هو النمط النموذجى لمختلف حالات ذهان الهوس الاكتئابى، ومن أجل هذا العرض تتخذ العائلة الأحتياط اللازم بأن يوضع المريض بالمصحة لحمايته ولكن مهما كانت الاحتياطات فاذا ظلت الرغبة قوية لتنهت الحالة بالانتحار، وربما يكون الخطأ ناتج عن أن التنبؤ بالانتحار يأتى عادة تنبوءاً من خلال الوقائع الماضية أكثر منها للوقائع المستقبلية، وهذا ماجعل المؤلفة تقوم بهذه الدراسة بهدف القاء الضوء على الأسباب الداخلية التى تتصل بشخص المريض من الناحية الجسمية والناحية العقلية والنفسية، والميول والطباع، وكذلك العوامل والأسباب الخارجية المتصلة بالوسط والبيئة التى يعيش فيها المريض والتعرف على الأعراض الكلينيكية المؤدية للانتحار حتى تقوم الجهات المختلفة والتى تعتنى بمثل هذه الحالات بعمل الوقاية اللازمة طبيا ونفسيا واجتماعيا لابعاد هذه الرغبة قبل وقوعها فالهدف الرئيسى للدراسة الحالية هو الوصول الى مرحلة التحكم العلمى السليم والتأكيد على دور الوقاية اللازمة لمثل هذه

الحالات عن طريق معرفة العوامل المفجرة لهذا العرض المرضى المتمثل فى الانتحار.

فلن تشتعل النار الا اذا اكتملت العناصر المؤدية للاشتعال واذا جاز بنا أن نستعير من علم الاجتماع مفهوم "الضبط الاجتماعى" والذى يحدد بأنه رد فعل المجتمع على السلوك الفردى المنحرف بقصد اعادة التوازن الى النظام الاجتماعى داخل النسق الاجتماعى، فيمكننا أن نتصور عملية (الضبط النفسى) بأنه رد فعل القائمين بتطبيق المناهج الوقائية والعلاجية Preventive, Remediat على السلوك المرضى بقصد اعادة التوازن النفسى الى الذات عن طريق احباط للتوقعات المنتظرة من المريض والمتمثلة فى الانتحار وذلك قبل وقوع الفعل أى مواجهة الانتحار قبل وقوعه باتخاذ الاجراءات والتدابير الوقائية خاصة فيما يتعلق بالحالات المتدهورة وليس المقصود أن يكون المنع منعا خاصا أى منع الفرد الماثل للعلاج من الانتحار وانما منعا عاما لجميع الحالات لوقاية أمن المجتمع وذلك من خلال منع الأفراد من المواقف المساعدة على ظهور المرض، ولن يتأتى هذا الا بالدراسة الشاملة العميقة لعدد من الحالات والبحث عن العوامل التى تدخل فى تشكيل الشخصية الفردية للذهانى الوجدانى وما يقوم فيها من خصائص يمكن اعتبارها المصدر الأساسى للسلوك المضطرب.

لذلك فسوف تقدم الدراسة الحالية حالة واحدة من حالات دهاز الهوس والاكتئاب، وللأسف الشديد فإن هذه الحالة انتهت بالفعل الى الانتحار (وذلك بعد اتمام دراسة الحالة بثلاثة أشهر).... ولذلك ليس هدفنا هو الحالة فى حد ذاتها وانما يمكن اعتبارها كالجثة التى تشرح ليستفيد منها طلاب كلية الطب والأطباء فى دراستهم وتعينهم على تحقيق مناهجهم الانشائية والوقائية والعلاجية التى تصادفهم فى حياتهم العملية.

الهدف الأساسى للدراسة الحالية التركيز على الوقاية أو بمعنى آخر ازالة الشروط التى تعوق التوافق أو يمكن أن تناله بالاضطراب وهذا لن يتم الا بوضع أيدينا على جميع مصادر الأسباب بشكل محدد وحاسم.

وبالتالى تهدف الدراسة الى هدفين رئيسيين : الأول نظرى، يتمثل فى معرفة أسباب السلوك المرضى موضع الدراسة وعوامل ظهوره وتحقيق الفهم العلمى للظاهرة المرضية والثانى تطبيقى وهو محاولة لتحقيق الاستقرار النفسى للأفراد والقضاء على عوامل الاضطراب، ولا يتم ذلك الا فى ضوء سياسة لاتهتم فقط بعلاج المرض بل الوقاية منه.

أن مطابقة الأعراض المرضية بما فيها الرغبة الحادة في الانتحار في ذهان الهوس والاكتئاب لتوقعات جماعة الاتجاه الكلينيكي والاتجاه الطبي النفسي، أمر لهو محير حيث ينفذ المريض مراده في النهاية - في معظم الحالات - فيقدم على الانتحار، ولا نستطيع تقديم الوقاية اللازمة له على الرغم من علمنا بتطور الموقف، ففي ذهان الهوس والاكتئاب تبدو الأنماط السلوكية مقررة بكل قواعدها ويبدو الانتحار كسلوك ممتثل، فكيف يمكن أن تصبح الرغبة (لدى المريض) سلوك غير ممتثل للواقع الداخلي للمريض عن طريق الضبط الكلينيكي، بمعنى أن لا يكون التدخل عفوى ولكنه نظام يهدف الى السيطرة الكاملة على الحالة، وترى الباحثة أن هذا يتأتي عن طريق دراسة متعمقة لحالة مرضية تحيط بمختلف الظروف البيئية والوراثية بغرض التعرف على أسباب المرض وأعراضه ودوافعه ولذا أمكن معرفة جميع مسببات الاضطراب أمكن بالتالي وضع خطة العمل التي يسير على موجبها العلاج، ومن ثمة الوقاية قبل العلاج مع احداث تغييرات بنائية انشائية تساعد على رد البناء النفسي الى السواء.

ويتحدد هدف الدراسة في الرد على التساؤلات الآتيه : -

- هل يتطور السلوك المرضي لدى (العميل) عبر مراحل نموه المختلفة ؟

• مادور العامل الوراثى فى نشأة ذهان الهوس والاكتئاب؟

• ما هو دور العوامل الاجتماعية المساعدة فى نشأة ذهان الهوس والاكتئاب ؟.

• ما هو دور الخبرات الذاتية (للعميل) فى علاقتها بالمرض نفسه ومعالمه بالناس من حوله ؟.

• ما هو دور العوامل النفسية فى ذهان الهوس والاكتئاب ؟.

• ما هى زملة الأعراض التى اذا اكتملت تعد مثيراً للانتحار ومساعداً على التنبؤ به ؟

• الى أى مدى تتفق الأعراض الذهانية لدى الحالة موضوع الدراسة مع مفهوم ذهان الهوس والاكتئاب الذى جاء من التراث الطبى النفسى ؟

وفى ضوء تحديد مدى اسهام كل من العوامل السابقة المتمثلة فى تطور السلوك المرضى ودور العوامل الوراثية والديناميات الاجتماعية والخبرات الذاتية والنفسية، وزملة الأعراض سوف يتضح لنا ما يمكن أن يفعله المنهج الوقائى الذى أشرنا اليه سلفا والذى نعتبره الهدف الرئيسى لهذه الدراسة.

وفى الدراسة الحالية سوف تقوم المؤلفة بدراسة كاملة لشخصية الحالة - حالة واحدة - وذلك بالتعرف على العوامل الكامنة والحالات

النفسية الداخلية وكافة الظروف الخارجية الاجتماعية ذاتها والتى قد تكون سببا لتداخلها جميعها فى تشكيل الاستجابة المضطربة وما يطرأ على السلوك من تغيير.

وسنركز على وحدة الحالة ونهتم بتفسير السلوك المرضى من مختلف النواحى الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية حتى يمكن من خلال ذلك الوصول الى صورة شاملة وكاملة عن شخصية الحالة وسوف نتخذ من وحدة الحالة نقطة الانطلاق والتحليل فى دراستنا الحالية.

وشملت أدوات دراسة الحالة التالى :

أولاً : تاريخ الحالة

ثانياً : اختبار وكسلر لذكاء الراشدين

ثالثاً : اختبار الشخصية المتعدد الأوجه.

رابعاً : المقابلة الكلينيكية

عرض نتائج دراسة الحالة :

(أولاً) التقرير الشامل لتاريخ الحالة :

المعلومات الشخصية :

١- الاسم : (م)   ٢- العمر : ٢٥ سنة.   ٣- الجنسية : مصرية.

٤- الديانة : مسلمة.

٥- عدد الأخوة : ثلاث أشقاء، وأربعة غير أشقاء.

٦- الحالة التعليمية : بكالوريوس تربية والدبلوم الخاص.

٧- المهنة : مدرســة.

٨- الحالة الاجتماعية : متزوجة.

٩- مصدر التحويل : بواسطة زوجها.

١٠- سبب التحويل : العلاج.

١١- ظهور المرض وبدئه : منذ تسع سنوات.

١٢ - التشخيص : ذهان الهوس والاكتئاب.

الشكــوى:

علــى لســان زوج المريضــة - أدخلـت المريضــة المستشــفى بواسطة زوجها وكانت شكواه أن المريضة منذ عشرة أيام قبل ادخالها المستشفى بدت عليها الملامح التالية : لاتنام - لاتتوقف عن الكلام ازدادت حركاتها بشكل ملموس وواضح - وأصبحت كثيرة الضحك بلا سبب - تثور وتغضب لأتفه الأسباب - تتصرف تصرفات فاضحة بلا حرج، لديها احساس بالعظمة - (تخلع ملابسها وتقول انا قوية جدا أعطاني الله القوة وأستطيع أن اجعل الناس تفعل ما أريد، ويأكلون ما

أريد وكل ما أريده يتحقق "كن فيكون"، تقول أنها تسمع صوت جبريل يكلمها ويقول لها (اعملى كل شىء ولا تخافى).

فاضطر الزوج الى ادخالها المستشفى وهى فى حالة هياج حاد.

التاريخ المرضى :

منذ حوالى تسع سنوات بدأ التاريخ المرضى للحالة، ترددت المريضة على عيادات الطب النفسى ودخلت أكثر من مستشفى فى المرات السابقة، احتجزت المريضة أكثر من مرة فى مستشفى (كذا) ودخلت المستشفى فى دورتين احداهما هياج، والأخرى بحالة اكتئاب مع محاولات جادة للانتحار.

التاريخ العائلى الأسرى:

الأب : شخصية متسلطة وشديدة، وتزوج بعد وفاه والدتها مباشرة من خالة المريضة وكانت (الحالة) تبلغ من العمر خمس سنوات.

الأم : توفيت وعمر الحالة خمس سنوات وماتت منتحرة عن طريق حرق نفسها وذلك نتيجة لمرضها بذهان الهوس والاكتئاب لمدة طويلة.

الأخوة : لديها ثلاثة أخوة أشقاء والحالة ترتيبها الرابع، إثنان ذكور يعملان أطباء، وواحدة انثى تعمل اخصائية علاج طبيعى، وأخوتها الذكور مصابون بحالة اكتئاب مزمن وتحت العلاج.

كما أن لها أربعة أخوة ذكور واناث من زوجة أبيها الثانى وهى خالتها.

التاريخ التطورى للحالة:

كانت ولادتها طبيعية وفطامها طبيعى والتسنين طبيعى، وتكلمت ومشت فى السن العادية، كانت تستطيع التحكم فى عمليات الاخراج فى السن الطبيعى، ولم تظهر عليها أى أعراض مرضية فى الطفولة الا أنها كانت تشعر بأنها غير مرغوبة من قبل زوجة أبيها، وكانت هادئة فى طفولتها ولم تتعرض لأمراض معدية، وحتى سن المدرسة الثانوية وبالذات فى السنة الثالثة بدأت تظهر عليها الأعراض الكلينيكية لذهان الهوس والاكتئاب ولازمتها حتى اتمام الدراسة الجامعية حيث اشتدت حدتها بعد زواجها مباشرة.

التاريخ الجنسى والزواجى :

ظهرت عليها البلوغ (الدورة الشهرية) فى سن ١٣ سنة ولم يكن لها أى مردود نفسى عليها حيث كانت مدركة تماما واستقت معلوماتها

الجنسية بواسطة زميلاتها بالمدرسة، وأيضا عن طريق القراءة، وكانت لها علاقات غرامية فى سن المراهقة، تزوجت فى سن ٢٤ سنة. وكان الزواج بواسطة أخيها الذى كان يعمل فى بلد عربى لتعرف على زميل له وعن طريق توكيل تم عقد القران ودون سابق معرفة الحالة بالزوج، والعلاقة بالزوج كانت غير حسنة حيث كانت على خلاف مع والدة الزوج وانعكس ذلك على حياتها الزوجية.

التاريخ التعليمى والمهنى:

كان تحصيلها الدراسى أثناء سنوات التعليم المختلفة متفوقا ولم تعترضها أى مشكلة دراسة وبعد حصولها على الثانوية العامة أجبرت على دراسة الطب لتحقيق رغبة والدها فى ذلك ولكنها فشلت لعدم توافقها مع المواد الدراسية الخاصة بالطب، وانتقلت الى كلية التربية وحصلت على البكالوريوس، وأيضا الدبلوم الخاص وكانت فى طريقها للتسجيل لدرجة الماجستير وعملت مدرسة، ولكن قبل الحصول على الشهادة الجامعية مارست حياتها العملية وهى فى المرحلة الثانوية حيث حصلت على دبلوم خياطة من احدى الجمعيات (بمدينة.......) أثناء الدراسة، وكانت تعمل وهى تدرس، وبعد التخرج من الجامعة عملت

مدرسة باحدى المدارس الاعدادية لمدة عامين، الا أن ظروف زواجها والسفر المفاجيء للزوج جعلها تترك الدراسات العليا والعمل.

تأثير المرض على الشخصية:

بظهور الأعراض المرضية لديها أصبحت لا تتقبل أى شخص وترغب فى تغيير العادات والتقاليد، وأثر ذلك على علاقتها بزملائها وعلى نشاطها فى العمل حيث صارت حالتها المزاجية متقلبة، سريعة الانفعال وتغيرت عاداتها فى الكلام والأكل والنوم...... الخ.

التاريخ الاجتماعى وشغل أوقات الفراغ:

قبل ظهور الأعراض بشكل حاد كانت لها علاقات إجتماعية بسيطة ولها عدد من الصديقات، ثم تغير الحال بعد المرض فصديقاتها محدودات، وعلاقاتها سطحية، وهوايتها تنصب على القراءة والاطلاع والكتابة.

الفحص الطبى:

ذكر الطبيب المعالج للحالة بأن سلوكها يغلب عليه سرعة الانفعال وتقلب المزاج، تخاصم وتسب وكلامها غير طبيعى، ومضطربة وجدانيا، كما أن لديها بعض الهلاوس السمعية والبصرية،

ولديها اضطراب فى التفكير، واعتقادات وهمية وضلالات، على الرغم أن ثقافتها عالية وعلى درجة من الذكاء ولكنها احيانا تكون غير مدركة للزمان والمكان، وليس لديها قدرة على البصيرة، والحكم على الأشياء.

العلاج داخل المستشفى:

وقد تم بعد تشخيص الحالة بناء على الشكوى السابقة والملاحظة الدقيقة للحالة تم تشخيصها على أنها ذهان الهوس والاكتئاب.

وكان العلاج الطبى : اعطيت علاج طبى يتمثل فى الليثيوم واللارجاكيتل كما كانت تأخذ ثلاث أمبولات فى الأسبوع من انترلسول.

ملخص تاريخ الحالة:

الحالة (م) تبلغ من العمر (٢٥) سنة أنهت الدراسة الجامعية وكانت تعمل كمدرسة فى احدى المدارس الاعدادية، ترتيبها الأخير بين اخواتها الأشقاء، توفيت والدتها منتحرة أثر مرضها بذهان الهوس والاكتئاب وتزوج والدها من خالتها. وعانت الحالة مشاكل متعددة مع زوجة أبيها وأخواتها من الأب. مثقفة وعلى دراية كاملة بتعاليم الدين وحفظت معظم القرآن الكريم، كما أنها كانت متفوقة فى دراستها الجامعية فى كلية التربية وسجلت لدرجة الماجستير وذلك بعد أن فشلت فى دراسة الطب والذى أرغمها والدها على دراسته. وكانت تعمل أثناء

للدراسة، ظهرت عليها الأعراض المرضية فى الثانوية العمة، وبدأت تتردد على العيادات النفسية للعلاج مرة فى دور هوس، ومرة أخرى فى دور اكتئاب، وشخصت حالتها من جميع الجهات التى كانت تعالج بها على أنها ذهان الهوس الاكتئابى، واخواتها الذكور طبيبين، والانثى اخصائية علاج طبيعى، ويعانى اخواتها الذكور من نفس الأعراض المرضية التى تعانى منها والدتها والتى توفيت منتحرة بنفس المرض. وقد سافر أخوها الأكبر للعمل فى احدى البلاد العربية، وتعرف على صديق له هناك وتم الاتفاق بينهما على أن يتزوج صديقه من المفحوصة، وتم عقد القران، وسافرت اليه بدون سابق معرفة، وبعد زواجها بعشرة أيام دخلت المستشفى فى تلك البلد وهى تعانى من هياج شديد فترة ثم تحولت الى اكتئاب حاد وهكذا...

وقد قابلت المؤلفة فى تلك البلد العربى الذى كانت تعالج فيه والذى تزوجت فيه، وقد ظهرت فى المرة الأخيرة محاولات جادة للانتحار مما اضطر زوجها لادخالها المستشفى.

مصادر هذه المعلومات : اقوال الحالة وملف الحالة وأقوال الزوج وذكر زوجها انها كانت فى حالة غير طبيعية من اليوم الأول

لزواجهما مما أدى الى اثارة مشاكل عديدة بين المفحوصة ووالدة الزوج.

(ثانياً) نتائج اختبار وكسلر لذكاء الراشدين :

تم تطبيق اختبار وكسلر لذكاء الراشدين وحصلت على نسبة ذكاء ١٢٠، وكانت متعاونة فى أدائها للاختبار.

(ثالثاً) نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه :

تم رسم الصفحة النفسية للمفحوصة من خلال أدائها على الاختبار وظهر لديها عدة ارتفاعات دالة على مقياس الوسواس القهرى مما يدل على اهتمام المريضة الزائد باتباع الصواب ورأى الناس فيها تدل أيضا على القلق والخوف الزائد.

كما ظهرت ارتفاعات واضحة على المثلث الذهانى. مقياس السيكاثينا (ب ث) ومقياس البارانويا (ب أ) ومقياس الفصام (س ك).

وتعكس درجات المفحوصة على هذه الاختبارات أعراضا ذهانية.

إن ارتفاع درجة المفحوصة على مقياس السيكاثينا يدل على أنها تعانى أنواع الخوف الغير مقبول من الأشياء والمواقف والاستجابة

للزائدة المبالغ فيها الى المنبهات المعقولة. كما أنها تعانى من المخاوف المرضية والسلوك القهرى ويظهر لدى المفحوصة فى صورته الضمنية (عدم القدرة على التخلص من الأفكار المتسلطة).

كما أن ارتفاع درجات المفحوصة على مقياس الفصام (س ك) يدل على السلوك الخلطى الشاذ مع وجود هواجس أو هلاوس سمعية وبصرية والرغبة فى العزلة عن المجتمع وعدم الاقتناع بالواقع مع الاكتئاب. كما أن ارتفاع درجاتها على مقياس البارانويا (ب أ) يدل على اتسامها بالتشكك والحساسية الزائدة وبهواجس الأخطاء، كما تأخذ المريض النقد وملاحظات الآخرين مأخذا جديا ولاتستطيع تحمل مسئولياتها الاجتماعية.

وبالمقارنة بالارتفاعات السابقة يمكننا أن نؤكد على التشخيص الطبى بأن هناك أعراض ذهانية ذات أعراض اختلاطية واكتئابية ويمكن تشخيصها من خلال الفحوص النفسية بأنها تعانى من ذهان الهوس والاكتئاب.

(رابعاً) عرض نتائج المقابلات الكلينيكية :

المقابلة الأولى فى المقابلة الأولى كانت المفحوصة تتمتع بحالة من السواء الوقتى نتيجة لتأثير العلاج (العقاقير التى سبق ذكرها)... مظهرها طبيعى.... تصرفاتها لائقة ومقبولة..... جلست فى هدوء وأخذت المفحوصة والباحثة يتحدثان فى أمور عامة، فعبرت المفحوصة عن بعض الآراء والموضوعات بصورة توحى بالثقافة والدراية الواسعتين وذكرت حياتها الجامعية وتسجيلها لرسالة الماجستير وموضوعها، ثم انتقلت الى حالتها المرضية وشرحتها (بدون سؤال الباحثة) شرحا وافيا جريئا متضمنا تلك الجزئيات المتعلقة بنوع العلاج وكميته وتأثيره، كما ذكرت أنها الآن بطيئة فى حديثها نتيجة لتأثير العقاقير عليها... كان حديثها يصور لسامعه للوهلة الاولى انها انسانة طبيعية تتحدث بثقة دون أى رفض أو تحرج بل لم تنتظر ان تسمع أى استفسار أو رد بل أخذت تتحدث وكأنها تتوقع نوع الأسئلة التى أريد أن أعرف اجابة لها، وعلى الرغم من ذلك بدأت تظهر عليها بعد قليل بعض الأفكار الخاطئة، وكان حديثها مصحوبا بعديد من الآيات القرآنية والاحاديث النبوية الشريفة.

اخذت تتحدث كثيرا ولما ماقالته فلن تتسع الصفحات لكتابته

دار بيننا حديث طويل خلاصته اجابات صحيحة عن الاسئلة الخاصة ببطاقتها الشخصية ثم مالبث الوقت يمضي قليلا حتى ظهرت بعض المعتقدات الخاطئة لديها والهلاوس مثل قولها بأنها تزوجت ثلاث مرات من شخص واحد وكان الزواج الأول أيام السادات ثم هرب الزوج الى السعودية لمطاردة السادات له دون سبب - وكانت هي حامل، وقبل سنتين أقيم زواج آخر بعد وفاة السادات وكان الزواج في مستشفى (كذا...) في مدينة (كذا.......)، والثالث في.......)، وكان الثالث منذ شهر وذكرت بأن لها ثلاثة أطفال (علما بأنها لم تنجب بعد) بنت وولدان اكبرهم يبلغ السادسة من عمره ولم تر احدا منهم مطلقا سوى البنت رأتها مرة واحدة في "الفيديو" وقالت هناك ماكان له تأثير على نفسيتها وذلك بعد زواجها الثاني في المستشفى اذ أطلق الناس عليها لفظ (الهبلة) وتفننوا في تأليف الاشاعات الكاذبة والأقاويل الباطلة واتهموها بأبشع الجرائم وهي "الزنا".

ثم انتقلت فجأة الى الحديث عن أسرتها وقالت أن اسرتها تعيش منعزلة عن الأسر الباقية الا اسرتين كانتا مجاورتين لها، وكان والدها ديكتاتوريا في معاملته وفجأة صرخت قائلة : "ماما ما انتحرتش.... ما

التحرش.... لا كانت معذبة نفسيا لأقصى حد.... وهذه غلطة من الوالد علشان كلام الناس ونداء أهلها علشان حركتها الكثيرة.

وفجأة توقفت وطلبت بالحاح قلم وورقة وكتبت التالى : -

" فدخلت الحمام تستحم الله اعلم كانت النار بالنسبة لها أقل بكثير من العذاب النفسى ولم تصرخ صرخة واحدة.... وفوجئوا بها محروقة وقيل : الحمد لله رب العالمين.... ثم شوهدت فى منام كثيرين فى جنة الله.... الفردوس الأعلى"

أسقطت القلم من يدها واسترسلت قائلة : كنا نائمين فاذا ببعض أصحاب الدكاكين المقابلة يطرقون الباب بسرعة قائلين .. دخان .. دخان وماتت أمى فى هدوء تام.

انهت المؤلفة هذه المقابلة على أن تستكملها فى يوم آخر.

المقابلة الثانية : تحدثت المفحوصة فى هذه المقابلة عن بعض المشاعر التى تشعر بها كالحرمان من والدتها وقسوة والدها عليها وخوفها المتجدد لأتفه الأسباب حتى من دق جرس الباب، وكانت قد أدلت بذلك الخوف أيضا فى المقابلة الأولى.

وقالت "أنا لست مريضة انما عصبية فقط شأنى شأن عائلة أمى وهذه العصبية لينا مش علينا لدائما العصبية تنتج عن أمرين : حدة الذكاء والحرمان .. وأنا حادة الذكاء كنت الأولى على فصلى والرابعة على المدرسة، وحرمت من أمى .. ومنذ ولادتى حملت صفة العصبية، وكنت أمشى فى الشارع وترن فى أذنى كلمة (مجنونة زى امها) واللت مش مهم الناس، فأنا زى مريم العذراء واتفوق عليها أكثر وأكثر لأن مريم ولدت عيسى من غير أب، وأنا زى عيسى لأنه اتصلب مرة وربنا رفعه... وأنا فى المستشفى صلبونى اكثر من ١٥ مرة وضرب وتكتيف وشتائم فأنا فى مقام عيسى ولكننى بنت زى مريم".

ثم قالت:انا مصرية سعودية.... فقالت لها الباحثة... كيف؟ قالت مصرية المولد وسعودية الأهل : قالت ان اصلها يعود الى عز الدين بك التركمانى .. أى من سلالة أسرة محمد على الذين كان آخرهم الملك فاروق.

انتقلت بعد ذلك الى الحديث عن برامج الاذاعة والتليفزيون وقالت أهم حاجة ذلك التليفزيون وتمثيلية ٧,٥ علشان العيال يرجعوا من المدرسة أحب المصارعة ومحمد على، أقوم الصبح على الاذاعة بعد الفطار اسمعها كلها... أهم شىء أرتب سريرى وبعدين التليفزيون

أهم من شغل البيت... وفجأة قالت : نحن فى القاهرة والنيل قدامنا... نحن فى السعودية وفى لمح البصر نكون فى القاهرة والساعة دلوقت ٦،٥ وخمس مع (انها ٦ الا ربع) ثم قالت هو كده خلاص.

ثم انتقلت للحديث عن والدها فقالت أنه قاسى وعائلته تمثل عمر رضى الله عنه أقوياء فى الحق مع لين .. وكان دائما يقول : لازم (م) المفحوصة، تدخل الطب... لازم.... لازم.... لازم..... وترك (ع) أخت المفحوصة.... ومع كده (ع) خلصت دراستها قبل (م).

ثم طلبت من الباحثة قبل انهاء المقابلة مشاهدة فيلم "ليالى الحلمية".... وقالت بأن زوجة فاروق الفيشاوي فى شجرة الحرمان سرقت دورها... وكتبت للباحثة اسم الفيلم والممثلين.... وانتهت المقابلة.

المقابلة الثالثة : ازدادت حالة المريضه سوءا فازدادت هذاءاتها وضلالات العظمه وهلاوسها اذ تقول : شخصيتى قوية لأننى من الله ووالدى تزوج خالتى "أخت أمى" قبل موت أمه وكل مايحصل لى هو حرمانه من عاطفة الأم.. ومع هذا حجيت واعتمرت وأنا نطفة.. وبعد ذلك زاولت مهنة التدريس وهى مقرفة لأن قيم الشباب اصبحت تافهة.. حفظت القرآن وأنا فى الثانيه من عمرى وكنت أحفظه لأبى.. وكنت

طول حياتى مبسوطه لكن حرمان الام عيشنى فى حرمان نفسى.. ثم قالت الباحثة انت (فلانه) بنت خالى زميلة (فلان) موريس.. عيسى بن الله شرك من المسيحية وأنا الرسول الجديد - أرسلنى الله لانه يستجيب لجميع دعواتى واعطانى تاج الملك وصندوق الذهب، وبعدها تحدثت عن الطبيب والطبيبة المعالجين لها وقالت.. الزوج متضرر.. دكتور ورئيس المستشفى معقول مراته تسيبه وتقعد ترغى فى كلام فارغ.. وبدأت تتحرك فى غرفة المقابلة يمينا وشمالا ثم دخلت دورة المياه.. وفتحت جميع مصادر المياه فاخرجتها الممرضه ثم توجهت نحو مريضه أخرى كانت فى حالـه هياج مما اضطر الى ربطها واخذت تضربها، وقالت انا الدكتوره الخاصـه بها وهذه خالتى وأرجوك عدم التدخل فى العلاج لأنا دخلت الطب وقدمت أوراقى فى التربيه وحصلت على جميع شهادات العالم وأجيد جميع اللغات.. أهلى آل سعود.. وأهل زوجي أهل مبارك.. وهما أفضل اثنين على وجه الارض.. وانهت الباحثه المقابله لشدة هياج الحالة.. وفى هذه المقابله حدث تغير فى سلوك الحالة شمل مع مايصدر عنها من نشاط ظاهر كالكلام والالفاظ والمشى اضافه الى النشاط الذاتى كالتفكير والخبرات الذاتيه والتخيل والانفعال كما ظهر فى استجاباتها ازاء الباحثه فى موقف المقابلة.

المقابلة الرابعة : ازدادت الحالة سوءا وفى هذه المقابله اخذت تشكو من العاملات فى المستشفى بأنهن يمنعن عنها الطعام والشراب وقالت (دعيت عليهم ودعواتى مستجابة لقبل أن ادعى يستجيب الله لى فقد حقق دعواتى وأرسل عليهم الاسود وكل حيوانات الغابه) وقالت.. (وخضع لشىء خضوع الله - الله اكبر - لله اكبر على المفترى والظالم وانفعلت بحده ثم انتقلت بعد ذلك الى موضوع آخر قائله (.. من ٢٥ سنة ابكى على آل سعود الحبيبة.. لليله ايامى مع الحب العذرى.. تعذبت من كلام الناس ومن ٢٥ سنة اتحرقت من الالم.. تزوج ابى وكان عايز يطلعنى دكتوره ومفلحتش فيها لكن عندى شهادات العالم بلا تزوير أو غش أو خداع) وكانت المفحوصه تثور أثناء الكلام وتصرخ ثم تدعى انها مشغوله بترتيب الغرفة وطلبت بعد ذلك تكتب.. وكتبت التالى :

الى جميع أفراد الجنس البشرى - العالم كله دخان الهواء ماذا يحدث لو ان العالم كله شجب الصراعات والخلافات على الزعامات واتحد مره واحدة وشد يد أخيه الانسان.. اخيه الانسان نص كلمه هناك أية قرآنية تقول.. عبس وتولى.. وأكملت الى قوله تعالى : أو يذكر فتنفعه الذكرى واستطردت : عزيزى : كل شىء خلقه الله من الماء وتمنع منها الناس كما قيل أن امريكا ترمى الجبن والزبد فى البحر

وهناك شعوب فى حاجه ماسة فى أشد الاحتياج لذلك يجب أن تراجع نفسها.

المقابلة الخامسة : فى هذه المقابلة أكدت المريضه معرفتها للقرآن الكريم وقالت انها حاولت شفاء احدى المرضى به وهى تعيش فى السماء السابعه وأن زوجها هو الله.. ثم تتساءل لذا كان اسم الرسول (ص) مكتوبا على العرش فلماذا لذا لايكتب اسمها هى ايضا مع أنها تدعى بأنها نور يملأ الحرفة فى عز الظلمة وانها أفضل من عيسى بن مريم وأمه، لمعرفتها بالأيات، ثم تحدثت عن عصبيتها.. وقالت: لدى فصام وجدانى وأصابنى بسبب حرمانى من الام ثم قالت (لما وهبت نفسى لله وماكنتش عاوزه اتجوز.. ولكنهم قالوا انه لارهبانيه فى الدين، والاسلام دين ودولة، أمى لم تمت وانما دى قصص بيحكوها فى الراديو والتليفزيون... أهلى هم عاوزين يفهمونى كده.. الناس اللى هنا كذابين.. أنا دلوقتى فى الاسكندريه ووالدتى عايشه وبابا اتجوز (فلانة) ماما جابت محمد وعيسى،و(م) المفحوصه وأم (م) المفحوصة هى اللى خلفت (م) امى بتكلمنى فى صورة عيسى.. ومازلت اتذكر امى لما حرقت نفسها وكان فيه دخان كثير وقلت هاتولى ماما وأخذت أبكى وحاول بابا يقعدنى مع (فلانة) زوجته.

استمرت العملية على هذا النمط وبعد ذلك اشتدت حالتها ثم استلمها زوجها وأخوها وقررا عودتها الى بلدها لتعالج هناك، وبعد ثلاث شهور من المستشفى تتبعتها الباحثة فعلمت بانتحارها عن طريق القاء نفسها من الدور الثالث بمنزل أبيها، ونجحت محاولتها هذه المرة.

مقتطفات مما كتبته "العميلة":

- عزيزى العالم الاسلامى .. مرت عليك أيام وأيام وسنون طويلة دامت قرابة الـ١٩ قرنا من الزمان.. عهد النبى صلى الله وعليه وسلم كان بداية لأن يسود الذين بعده "الصحابة" العالم أجمع، هذا بخلاف ما كان يجرى اثناء حكمهم للعالم من اكتشافات مذهلة فنرى ابن بطوطه يجوب العالم بحثا عن اكتشافات جديدة، ودراسة لأنظمة الحكم فى جميع البلدان وغيره كثيرون فى علم الكيمياء - الفارابى، وعلم الفلك وفى الطب - ابن سينا - وعلم الرياضة - وفى المجالات العلمية فكان العرب هم السادة لست أقصد بالسيادة...

- يا ايها الناس اعبدوا الله الذى خلقكم من نفس واحدة وخلص لها زوجها - حواء خلقت من ضلع الرجل...

اسمه من أسماء الله الحسنى فلابد من طاعته طاعة عمياء حتى لو كان مخطئا لأن الله قال : الرجال قوامون على النساء بما فضل الله بعضهم على بعض وبما أنفقوا من اموالهم، فالت الحالة قانتات حافظات للغيب بما قال الله والذين تخافون نشوزهن فعظوهن واهجروهن فى المضاجع واضربوهن فان اطعنكم فلا تبغوا عليهن سبيلا.... صدق الله العظيم.

- ومن آياته أن خلق لكم ازواجا لتسكنوا اليها وجعل بينكم مودة ورحمة.

كان خلقى القرآن العظيم لدرجة اننى كنت أقرأ السورة فأحلم بها وقد رأيت الله فى منامى وأنا طفلة ٥ سنوات لكن لا احد يمكنه روية الله.

حالة (م) النفسية :

- الحمد لله الذى عافانا مما ابتلى به غيرنا.
- الحمد لله الذى انعم بالشفاء والمعافاة.
- اللهم انى اعوذ بك من همزات الشيطان.
- اللهم انى اعوذ بك من شياطين الانس والجن.

نتائج دراسة الحالة :

أسفرت دراسة الحالة بأدواتها المختلفة التى استخدمتها الباحثة عن دلالات هامة، وسوف تعرض الباحثة للنتائج المستخلصة فى مجمل دينامى للشخصية يحوى ردا على جميع تساؤلات الدراسة.

* الحرمان العاطفى وفقدان موضوع الحب الأول وما صاحبه من توتر كان مصدرا أساسيا للاضطراب الوجدانى "للعميلة".

ولدت من أم ذهانية انتحرت وعمر "العميلة" خمس سنوات وكانت الأم أثناء حملها ورضاعتها وتنشئتها "للعميلة" فى هذه السنوات الأولى من حياتها – تعانى دورات الاكتئاب والهوس فتعرضت العميلة لعدم استقرار الحياة العاطفية والوجدانية وفقا لحالة الأم.

البيئة السيئة تعد بمثابة ناقلة للعدوى تماما كالأمراض المعدية، إن المخالطة التى تمت فى طفولة العميلة بينها وبين أمها الذهانية المتقلبة المزاج كان سببا له من الأهمية والأثر فى بناء شخصية "العميلة" مع الاخذ فى الاعتبار بأن العميلة لم تستطع ممارسة عدد من الخبرات الطفولية التى يجب ان تمارسها حتى تنمو عقليا وانفعاليا واجتماعيا نموا سليما.

وبانتحار الأم خبرت العميلة، فقدان موضوع حبها الأول فتحولت بكامل عواطفها الى الاب، لاشباع حاجاتها الى الأمن والحب والاستقرار.

تزوج الأب بعد وفاة أمها مباشرة وكانت الزوجة هى "الخالة" والتى كانت دائما تذكرها بأمها وبموقف الحرمان والفقدان الأليم، ولم تستطيع تعويضها عن حب أمها فقد وصفتها " العميلة" - من وجهة نظرها - بأنها قاسية وكانت لاتحبها، وهذا ينم عن اسقاط، فهى التى لا تحبها وتكرهها.

ويهمنا فى المقام الأول كيف استجابت العميلة لخبرة زواج الأب بصرف النظر عن الواقع الفعلى "زوجة الأب".... فالتركيز يجب أن يكون على البيئة السيكولوجية " عالم الخبرة" اكثر من التركيز بالبيئة الفيزيقية " عالم الواقع" فليست المشكلة فى الخبرة فى حد ذاتها وانما المشكلة فى الادراك الشخصى للخبرة المعاشة، فلدى "العميلة" ميل ذاتى واستعداد كامن من الادراك المشوه للخبرات البيئية.... فأدركت صورة الأم البديلة خبرة مؤلمة وضربا من الاحباط المدمر لتكوينها العقلى والانفعالى.

وقد وجد (رينيه) فى بحثه بين ٢٠٨ حالة من مرضى ذهان الهوس والاكتئاب أسبابا نفسية فى ٨٠٪ من مرضاه. كما يرى فرويد أن السبب المباشر فى نشأة هذا المرض هو فقدان موضوع الحب مع النكوص للمرحلة الفمية فى تكوين شخصية الفرد.

كما يرى أن "الاكتئاب الذهانى" ارتكاس لفقدان شخص محب أو لفقدان محددات لها قيمة لدى الفرد.

ويذكر (سوليفان) أن الحصر هو المؤثر التربوى الكبير الاول فى الحياة وينتقل الحصر الى الطفل عن طريق الأم التى ترعاه والتى تعبر هى نفسها عن الحصر فى نظراتها ونغمات صوتها ومسلكها العام ويحتمل أن يحدث هذا الانتقال بواسطة نوع من عمليات التعاطف الوجدانى تتسم طبيعته بالغموض، ويتجه هذا الحصر المنتقل عن طريق الأم وتصبح موضوعات أخرى فى محيطه القريب مشحونة بالحصر بفعل الخبرات المتتالية.

ولا بد من الاعتراف بأهمية الآثار التى تحدثها الأم فى بناء شخصية الفرد وبخاصة فى سن الطفولة المبكرة ذلك أن الأم تنمى فى الشخصية تشكيلا نفسيا متميزا يسهل بسببه التوحد معها "كالعميلة" تشبه

أمها فى البناء النفسى اذا ماوجدت أمام مؤثرات واحباطات خارجية معينة.

كان ترتيب العميلة بين أخواتها هو الأخير، ولهذا أيضا دلالته النفسية، فقد أثبت عديد من الدراسات (٣٩) أن الطفل الأخير يشعر بأنه أقل قوة وأقل قدرة على التمتع بالحرية والثقة ممن هم أكبر منه فينشأ شاعرا بنقص وقد يترتب على هذا إما تعويضاً ناجحا لهذا الشعور بالنقص أو تعويضاً غير ناجح ولهذا فإننا نجد أن عددا كبيراً من الحالات المرضية بينها الطفل الأخير.

وكانت الخبرة المؤلمة الرابعة التى مرت بها العميلة بعد مرض الأم وانتحارها وزواج الأب، هى اتهامها "بالجنون" مثلها مثل امها.

هذا ماذكرته المفحوصة فى اكثر من مقابلة، فذكرت أنها كانت تسب من الجيران وزملاء المدرسة "بالمجنونة" فجاءت هذه الخبرة أزمة جديدة تضاف الى رصيدها من الأزمات النفسية التى تعرضت لها وهى الطفلة الصغيرة والتى لايتحمل بناؤها النفسى كل هذه الضغوط والاحباطات.

ان رد الفعل الاجتماعي الآت من الآخرين لكون الأم "انتحرت" واتهام "العميلة" بالجنون كان له تأثير سلبي على الحالة أدى بها الى المعاناة من الحصر والقلق والنزعات العدوانية الموجهة نحو الذات بسبب الشعور المتحنت بالخزى، فالنمو الذى مرت به "العميلة" بتأثير الوراثة فى ظروف البيئة مع الخبرة والممارسة كان غير طبيعى.

ويعتقد أدلر أن أقدم ما يستطيع الشخص تذكره من ذكريات هى مفتاح هام لفهم أسلوب حياته الأساسى (٤٥).

وفى حالة "العميلة" موضوع الدراسة فقد كانت فى كل مقابلة كلينيكية تبدأ ذكرياتها بقولها: "عندما كنت فى الخامسة من عمرى ماتت أمى منتحرة".. وكان الأطفال يتهموننى بالجنون".. وهذا يشير الى أن هذه الذكريات تركت لها جرحا عميقا فى بنائها النفسى، وظلت ذكريات طفولتها تواصل تأثيرها على تفكيرها وفعلها ووجدانها.

ويؤكد جولدشتين فى نظريته العضوية (٤٥) على أهمية العالم الموضوعى كمصدر للاضطراب الذى يجب على الفرد مواجهته وكمصدر للاحتياجات التى يحقق بواسطتها الكائن العضوى غايته،أى أن البيئة تفرض نفسها على الكائن العضوى بتنبيهه أو بالاسراف فى تنبيهه حتى يضطرب التوازن العضوى، هذا على حين

ينقب هذا الكائن العضوى المضطرب التوازن عن جوانب من البيئة بحثا عن حاجاته حتى يعادل التوتر الداخلى من ناحية أخرى.

وقد يكون تهديد البيئة أحيانا من الشدة بحيث يتجمد سلوك الشخص بفعل الحصر ويصبح عاجزا عن احراز تقدم نحو الهدف وينهار الكائن العضوى أو أن يتنازل عن بعض أهدافه محاولا تحقيق ذاته على مستوى أدنى من الوجود.

وفى حالة العميلة فلا نستطيع أن نكرر دور الوراثة فى صياغة شخصيتها ومع ذلك تبقى من الاهمية دور التفاعلات البيئية التى مرت بها فلم تمنحها الظروف المحاطة بها منذ الصغر الفرصة فى أن تغير أداتها الاستعدادى فلم تحصل العميلة على التمريض والعون والدعم والإحتضان والحماية والحب والنصح والارشاد والتسامح والعفو والمواساة والبقاء بمن يخلص فى حمايتها.

إن هذه الاحداث التى تقع فى بداية العمر تعتبر من محددات حاسمة لسلوك الرشد كما أن النكوص يحدث عندما تبلغ الالم والحصر والفشل حدا لايمكن احتماله.

وعلى الرغم من أن خبرة العميلة المدرسية الأولى جاءات مضطربة فى علاقتها بزميلاتها الا أنها واصلت دراستها فى دأب ونجاح ومع ذلك كان لديها شعور دفين بنقص شديد عن الاخريات لكونها من أم ذهانية ماتت منتحرة اضافة الى أن التفوق كان بالنسبة لها مسئولية- على حد قولها- صعبة يجب أن تتحملها وفى نفس الوقت تخشاها لأنها- كما ذكرت- ان زميلاتها كلما شعرت بالغيرة منها كن يحاولن انقاص قدرها وشأنها بسببها بأمها.

ويتضح لنا أن الخبرة الطفولية جاءت نتاج لاستعدادات بيولوجية لديها وبمعنى آخر ان العلاقة الظاهرة بين الاحداث المبكرة التى مرت بها العميلة والسلوك التالى عليها جاء تعكاسا للفعل المطرد للعوامل البيولوجية على مر فترة طويلة من الزمن.

وقد أكد فرويد على أهمية الترابط فى تكوين الاعراض والتحويل الرمزى باعتبار أن طبيعة التعرض قد تتحدد جزئيا وفقا لصلات ترابطية فى الماضى.

ومن ملاحظة الباحثة لسلوك "العميلة" فى مواقف مختلفة داخل المستشفى وجدت انها شديدة القابلية للاستثارة وغير مستقرة انفعاليا وأن استثارتها كانت نتيجة لظروف البيئة المهددة أى أن العالم بالنسبة لها

مصدر للاحباط الشديد وظهرت بوضوح الوحدة الكلية بين الحالة والعالم، البيئة والوراثة يتفاعلان بعضهما مع بعض، هذا ما أكده الكثيرون من المنظرين فى مجال الشخصية عندما الحوا الحاحاً على الطبيعة السيكوبيولوجية للسلوك الانسانى، لايمكن لنا أن نهمل التأثير الأولى والتوجيهى للبيئة الخارجية على الارتقاء السوى مع التأكيد على الامكانات الكاملة الداخلية عند الكائن العضوى للنمو.

وفى حالة العميلة تتضح التأثير النسبى للمحددات الوراثية والبيئية فهناك دور لاينكر للعوامل الوراثية ولكنها ليست السبب الكافى لتفسير حالة "العميلة" المرضية فعلى الرغم من النتيجة التى تم التوصل اليها فى معظم الدراسات بأن الأبناء الذين ينتمون الى آباء أو امهات من المرضى الذهانيين أميل الى أن يكونوا عرضة بدورهم للذهان الا أن البيئة من أهم المقومات التى قامت بدور هام فى تفسير مختلف قضايا علم النفس والاجتماع والعلوم الانسانية بوجه عام، وقد ركز الباحثون لفترات طويلة على دراسة اثر العوامل البيئية فى تحديد السلوك واحداث الفروق الفردية بين البشربما فى ذلك الفروق بين الاسوياء وغير الاسوياء ممن يعانون من الاضطرابات النفسية والعقلية.

ان مبدأ الحتمية البيولوجية يؤكد أن عوامل الوراثة أو الجبلة المعيبة من العوامل البيولوجية المهددة باضطراب الشخصية على اعتبار انها مما يمهد الطريق أمام ظهور المرض ويحول دون تكامل الشخصية.

وباختصار لانستطيع فى حالة العميلة أن نقلل من شأن البيئة والتربية ولا أيضاً من شأن العوامل الوراثية ودورها فى نمو الحالة المرضية.

* ظهرت الأعراض المرضية على "العميلة" بشكل استوجب العلاج وهى فى سن الخامسة عشرة تلك الاعراض كانت بالفعل مهيئة لها نتيجة لتوفير الاستعداد لديها وتضافرت تلك العوامل الاستعدادية مع الضغوط والأزمات والمشكلات التى عانت منها فى الفترات السابقة من حياتها.

ويعرض عبد الرحمن العيسوى (٣٦) لوجهة نظر التحليل النفسى فى تفسير ذهان الهوس والاكتئاب فيذكر: "أن الفرد يرث بعض الاستعدادات الطبيعية لكى يجمد نموه عند المرحلة الفمية للطاقة الحيوية النفسية ويعانى مثل هذا الشخص من الموقف الأوديبى، ويحتمل أن يكون قاسى من تجربة الفشل أو الأحباط فى حبه فى هذه المرحلة أما

العوامل المهيئة Precipitating فإن أى حدث من احداث الحياة من الممكن أن يسبب الاصابة بالنسبة للشخص الذى يوجد عنده الاستعدادات الطبيعية للاصابة بذهان الهوس والاكتئاب. وان تكرار خبرات خيبة الأمل والفشل فى الحب يجدد الشعور باليأس عن الحب الضائع.

وفى حالة العميلة موضوع الدراسة لقد علمنا من تاريخ الحالة بأنه كان لها بعض الخبرات الغرامية فى مرحلة المراهقة انتهت بالفشل ويمكن أن نعتبرها بجانب كل ماسبق ذكره من عوامل الاحباط التى احدثت اضطرابا فى تكيفها وعملت كالشرارة التى تسببت فى اندلاع النار فى الوقود المهيأ أصلا للاشتعال. فمن مظاهر ذهان الهوس والاكتئاب: النبذ الواضح المؤلم الشديد العميق وفقدان المقدرة على الحب، وتهبط كل مشاعر النظر للذات، فالحزن العميق (الاكتئابى) ارتكاس لفقدان المحبوب ويتضمن نفس مشاعر الالم وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجى، ويرتبط بفقدان موضوع الحب والتناقض الوجدانى تجاه العالم مع عدوان مسيطر فوق حب الذات وانسحاب من الليبدو والاندماج. (٤٩)

ثم جاءت ضغوط والدها وارغامها على دراسة الطب مع عدم رغبتها فى هذه الدراسة، بمثابة أزمة جديدة اضيفت الى رصيدها

السابق، ثم فشلها في دراسة الطب وخيبة أمل والدها فيها واضطرارها الى تغيير دراستها الى كلية التربية زاد من شعورها بعدم كفاءتها خصوصا أن اخوتها الذكور قد استمروا في دراسة الطب. وعلى الرغم من تفوقها في دراستها الجديدة، الا انها شعرت بفشل ما وحاولت تعويض هذا الشعور الدفين بالفشل والنقص في الجمع بين الدراسة والعمل أثناء الدراسة مما كان بالنسبة لها عبئا ثقيلا زاد من اجهادها النفسي والجسمي.

مع كل تلك العوامل السابقة فان العامل الاكبر والذى أدى الى ظهور اعراضها الحادة كان هو زواجها ذلك الزواج الذى كانت تأمل أن يكون مصدر لاحساسها بالأمان وبالحب الذى افتقدته في مراحل حياتها الاولى فقد جاء عكسيا كانت تأمل. فيأتي الزواج من شخص لاتعرفه فقد انتقلت الى الزوج في بلد آخر دون سابق معرفة وكان اليوم الأول بالنسبة لمعرفتها له هو نفس يوم "الزفاف" في بلد غير بلدها. فيحدث تكرار لتلك الخبرات المؤلمة التى حدثت لها في طفولتها وتتجدد خبرة خيبة الامل والفشل في الحصول على حب الأب عندما فقدت أمها وتزوج الأب واذا بها تجد بجانب الزوج والدته (حماتها) والتي لاتختلف كثيرا- من وجهة نظرها-عن زوجة الأب فتستعيد من خلال الموقف الراهن (الغربة- الزوج- الحماة) نفس ظروف المواقف القديمة

وبالتحديد "الموقف الأوديبي" والذى عانت فيه من تجربة الفشل والاحباط فى الحصول على حب أبيها فيستعاد الموقف بأكمله وبنفس الاحباط السابق وبالتالى جاءت الاستجابة: الشعور بالحزن عن الحب الضائع مرتين وهى ذات البناء أو النمط النفسي، الذى جاء نتيجة لتضافر عوامل استعدادية وبيئية، وتعلمت أسلوبا فى التواؤم لمثل هذه الظروف هو اسلوب النزوع الى الحزن والاكتئاب أو الثورة والتهيج.

وظهرت نفس الأعراض التى سبقت وظهرت عليها منذ تسع سنوات ظهرت فى أشدها هذه المرة، كما ظهرت محاولتها الجادة فى التخلص من حياتها بالانتحار فلم تعد الحياة بالنسبة لها ذات قيمة تستحق النضال ولم يكن لديها أية آمال جديدة تسعى اليها فقد انتهى كل شئ بالنسبة لها بخبرتها الاخيرة وهى الزواج.

وقد أظهرت العميلة فى جميع المقابلات التى تمت بينها وبين الباحثة وفى كل ماكتبته- وكانت كثيرا ماتكتب- اظهرت رثاء نفسها لفقداتها امها اكثر من أى عامل آخر، وكأنها تقول (بسبب فقدانى وحرمانى من أمى جاءت كل هذه النتائج المترتبة).. والتى تمثلت فى فقدانها للمساندة الاجتماعية فى جميع مواقف حياتها.

ان الظلم الذى وقع على العميلة والتسلط والقهر فى خبرة زواجها كان بمثابة عامل حيوى جعل نصيب "العميلة" من الذكريات المؤلمة والمواقف المكروهة يزداد ويتراكم، فتتابع وقوع الاحداث المؤلمة من الطفولة وحتى الرشد (انتحار الام- زواج الاب- تغيير الطموح المهنى- زواج صاحبه شعور بالاغتراب... الخ) كانت بمثابة ضغوط مارست تأثيرها على الحالة.

فلم تكن الأسرة متفهمة مما جعل العميلة تتعرض للعديد من الاحباطات فالاسرة مسئولة عن تصرفات اعضائها ولهذا فان الاسرة التى تنتمى اليها الحالة كان لها الشأن الاكبر فى احداث الاعراض المرضية فعلى الرغم من بدء ظهور الحالة المرضية على العميلة منذ كان عمرها خمسة عشرة عاماً فكان يجب عمل كل الاحتياطات اللازمة ووقايتها من ظهور الأعراض من جديد بشكل حاد الا انه يبدو أن الاسرة والمتمثلة فى الاب والاخوة لاتمتلك الثقافة الكافية لضبط الأمور كما يجب.

وفى ضوء معرفتنا بالتكوين النفسى للحالة نلاحظ حالات الاحباط الشديد التى جعلتها غير قادرة على احتمال مالاقته من مواقف وشدائد وما اعترضها من عقبات ومشكلات مما جعلها تشعر بالقلق

وعدم الارتياح اذا ما حال بينها وبين ماتبتغيه من غايات واهداف كما نستطيع أن نقرر بأن الحالة اضطربت واختل توازنها وتعرضت للضياع عند الصدمة الأولى فى حياتها (فقدان الأم) وبذلت عديدا من المحاولات لازالة العقبات وان كانت تلك الفترات تعانى من التوتر الى أن جاء الوقت نتيجة لتضاعف رصيدها من الاحباط وظهر ذلك فى الموقف الاخير عند الزواج فاشتد المرض بشكل حاد نتيجة للاحباط المتراكم Accmulated وما نتج عنه من انخفاض فى تقبل الفشل فالاعراض الحادة جاءت نتيجة التكوين السابق الذى جعل الحالة فى حالة استعداد وتهيئ للمرض وجاء الموقف الأخير بمثابة القشة التى قسمت ظهر البعير.

فقد أدركت العميلة أن (حماتها) فى تعاملها معها مطابقة لزوجة أبيها، كما تقارب فقدانها وحرمانها من الأهل والوطن (الغربة) فى تأثيره من حرمانها من أمها وفقدانها لها وهى صغيرة.

كما وجدت العميلة نفسها فى موقع المجبر على القيام ببعض الأدوار الاجتماعية وعندما وجدت نفسها فى حالة اذعان لبعض ما فرض عليها دون أن تكون راضية عنه نتيجة لبنائها النفسى اندفعت الى

هوة الاضطراب الذهانى نتيجة لعجزها تماما عن التحكم الارادى فى سلوكها وأفعالها، ولشدة تأثرها بالمؤثرات الخارجية.

فالزواج بالنسبة لها لم يكن خبرة مشبعة عاطفيا- وهذا لايجعلنا نسرع فى القاء اللوم على الزوج ولكن كما ذكرنا سلفا أن اهتمامنا يجب أن ينصب على ادراك الخبرة وليس على الخبرة فى حد ذاتها، فان الزواج تم دون استعداد وجدانى ملائم من جانب العميلة وهناك عديد من الدراسات (٣٥) اجريت فى موضوع الزواج والتى أسفرت عن أن العوامل التى تؤدى إلى الفشل فى الزواج هى عدم النضج الانفعالى لأحد الزوجين وفهم ناقص عن مسئوليات الزواج وواجباته، وعدم التكافؤ الجنسى وعوامل بيئية كانعدام الصحة أو ضعفها والمرور بحياة عائلية سيئة من الصغر كانعدام التعاطف مما يجعل الفرد عاجزا عن اعطاء أو تقبل الحب.

هذه العوامل السابقة الذكر يمكن اعتبارها مسببة لسوء تكيف العميلة مع الخبرة الزوجية حيث جميعها متوفر لديها.

مع ملاحظة أن الزوج لم يكن يعلم بالتاريخ المرضى للعميلة كما ذكر (فقد خدع) وبالتالى لنا أن نتصور رد الفعل الصادر منه والذى يعد عاملاً آخر بجانب باقى العوامل التى ذكرناها سلفا.

وعلى الرغم من أن الاعراض المرضية ظهرت على العميلة قبل الزواج بتسع سنوات الا أن الزواج كان ممثلا- بالنسبة لها- لمرحلة الاستنزاف النفسى، حيث امتد تأثير الضغوط وعوامل الشد الانفعالى، فعلى الرغم من أن العميلة اثبتت فى مراحل عمرها السابقة لخبرة الزواج عدم كفاية مقاومتها فانها فى خبرة الزواج وصلت مقاومتها الى درجة كاملة من عدم الاحتمال بعد أن اضافت الى رصيدها اعباء اثقلت من قدرتها التكيفية، فان العلاقة بين تغيرات الحياة ومشاعر الافراد نحوها وضغوطها والحالة المرضية قد تكون تبادلية.

ان النتيجة النهائية- كما ذكرنا- والتى وصلت اليها العميلة هى نجاحها فى الانتحار بعد خروجها من المستشفى بثلاثة شهور. وهى محصلة نمط معين من التفاعل بين العوامل التكوينية وخبرات التنشئة الاجتماعية والنفسية فالأعراض الذهانية ليست مستحدثة على العميلة وانما كان لها صفة الاستمرار والدوام فى معظم فترات حياتها.

واذا اعتبرنا أن التوحد identification فى مرحلة الطفولة المبكرة يمثل العملية اللاشعورية التى يتمثل فيها الطفل خصائص والديه النفسية وهى عملية اندماج يكون لها طابعها الخاص وخاصة فى الحالات المرضية ففى حالة العميلة تمادت الذات فى الرباط الانفعالى

بالأم موضوع التوحد حتى أخذت مكانها فى الاضطراب وأيضا فى "الانتحار".. فالأعراض الذهانية هى انطلاقة رمزية لبعض جوانب الحياة المكبوتة.

وفى النهاية يمكن أن نعتبر أن الحالة الماثلة للدراسة هى نموذج لردود الفعل الشخصية لأزمات الحياة وصعابها وتغيراتها، ومن الدراسة المتعمقة للحالة والتى تداخلت بالظروف الوراثية والبيئية المختلفة نستطيع أن نلخص ما توصلنا اليه فى التالى:

- ألقى الماضى ظلالا قاتمة على حاضر العميلة.
- الضغوط التى مرت بحياة العميلة أثرت تأثيرا عميقا على بنائها النفسى.
- هناك تأثير بالغ الخطورة من البيئة الموضوعية فى حيز حياة العميلة.
- ان العوامل الوراثية تلعب دورا مهينا للانهيار فى اتجاه ذهان الهوس والاكتئاب.
- اتضح تأثير الخبرات السابقة والمشاكل التاريخية على الحالة المرضية.

- تشابك البناء النفسى والبناء العصبى فى كل واحد.

- السلوك المضطرب للعميلة متأثر تأثير بالغ بالوقائع التى حدثت فى الطفولة اكثر من ارتباطه بالوقائع التى حدثت فى حاضرها.

- تعرض العميلة لبيئة قاسية مهددة ادى الى اختلال التنظيم النفسى بجانب الشذوذ العضوى الداخلى لديها وبمعنى آخر تأثر النظام الداخلى لديها بالعالم الخارجى أدى الى حدوث الاضطراب الوجدانى.

ظهر ذهان الهوس والاكتئاب لدى العميلة عندما غدى الواقع مؤلما الى حد عجز بنائها النفسى عن مواجهته على نحو من الانحاء فحدث نكوص فى التنظيم الليبيدى انكرت معه الواقع تماما، ووصل حد الانكار الى الرغبة فى التخلص من الحياة كلها بالانتحار، ورأت فى ذلك تخفيفا لآلامها وتخلصاً من عذابها وكأن الشعور بالشفقة وجه نحو الذات.

قول أخير:

لاشك أن مقولة "الوقاية خير من العلاج" والتى تنطبق على الصحة الجسمية تنسحب على الصحة العقلية بلا نقاش ومن الاجدر أن

ينشغل الجميع فى توفير حياة أفضل وظروف ملائمة تنشد إلى تحقيق قدر وفير من السعادة والايجابية لأفراد المجتمع بدلا من مضيعة الوقت والجهد البشرى والمادى فى العلاج، فإن التركيز على النشاط الوقائى سمة من سمات المجتمعات المتحضرة.

من الأفضل أن نستبعد- بقدر الامكان- كل الظروف التى قد تسبب التوتر وأن نسرع فى مساعدة الفرد على التخلص من جميع صراعاته وتوتراته أولا بأول قبل أن ننشغل بعلاج الفرد من نتائج هذه الاحباطات، وحتى بالنسبة للحالات التى يوجد لديها استعدادا وراثى لأن يكونوا فريسة للأمراض النفسية والعقلية نتيجة للارث الطبيعى من أحد الوالدين فعلينا أن نوفر لها العوامل والظروف البيئية المساعدة على النمو السوى بكل جوانبه.

فالفرد لديه عن طريق الوراثة استعدادات تظهرها وتنميها البيئة ولذلك فعلينا فى دراستنا للأفراد أن نضع نصب أعيننا الفروق الوراثية من ذكاء ومزاج وتكوين جسمى، وما شابه ذلك وعلينا كذلك أن ندرس الظروف المختلفة المتعددة التى عاشوا فيها.

وهذا يجعل أمام المتخصصين مسئولية كاملة تجاه ما يمكن التحكم فيه ولايقفوا مكتوفى الأيدى لمجرد توفر عنصر الوراثة فى فرد

ما، لأن الوراثة لايمكن أن تفعل فعلها دون توفر باقى الظروف البيئية المساعدة على ظهور المرض، بل يمكن أن تظل العوامل الوراثية كامنة مدى الحياة طالما وفرت جميع عناصر الوقاية اللازمة.

ويبين ماير جروس Mayer Gross اتجاه المؤمنين بالوراثة فيقول: "... ان العوامل الوراثية المسببة لذهان الهوس الاكتئابى قد تأكدت وأن أسلوبىّ الوراثة يميل الى اتخاذ شكل سائد متغلب لكل المورثات تطور للذهان فى عدد قليل من الحالات فقط، ولايمكن اغفال اثر العوامل غير الجينية.

ويبين آخرون (٤٩) أن تقارير حالات الاكتئاب تدل على وجود تاريخ أسرى ايجابى عن اضطراب عقلى شديد بدلالة احصائية عالية اكبر مما لدى الأسوياء على أنه لاتوجد أى اختلافات احصائية بين الاكتئابين المعتدلين فى شدة المرض وبين شديدى المرض بالنسبة لتكرار الايجابية فى التاريخ الأسرى.

وهذا يدل على أنه بينما الميل المرضى المؤثر قد يتحدد وراثيا فان شدة الحالة قد تعتمد على عوامل أخرى، فالاستعداد للمرض موجود بالفعل- فى مثل هذه الحالات- وهذا أمر شائع فى كل من الأمراض

الجسمية والعقلية، ولكن البيئة بمختلف عواملها هى التى تظهر الحالة المرضية وقد يظل الاستعداد كامنا اذا لم تظهره ظروف البيئة.

ومن هنا يظهر لنا بوضوح الدور الهام والرئيسى الذى تلعبه عملية الوقاية والتى يجب أن تولى العناية الكافية.

ويجب أن تختلف نظرة المجتمع الحديث الى المرض العقلى عن نظرة المجتمع فيما مضى وعلى المجتمع بجميع مؤسساته كلها (الأسرة، المدرسة، وسائل الاعلام) مسئولية تهيئة الظروف الملائمة للنمو العقلى السوى وعلى المجتمع أن يهتم بالفرد والجماعة وأن يقوم بمحاربة العوامل الهدامة التى تؤثر على صحة الأفراد النفسية.

وتعتبر الوقاية من الأمراض النفسية والعقلية من أهم مسئوليات المجتمع نحو افراده، ومن هنا نرى أن مسئولية المجتمع فى مجال الصحة النفسية تعتبر أحد الملامح الرئيسية لوجوده نفسه.

الفصل السادس

المشكلات السلوكية لضعاف العقول



التخلف العقلي

ونقصد به نقصا أصيلا في العقل لا تناقصا بعد اكتمال أي نقص في تكوين العقل ونموه وتركيبه سواء أكان سببه موجودا قبل الولادة أو طرأ في أي مرحلة من مراحل النمو العقلي قبل اكتماله في حوالي الخامسة عشرة.

ويكون النقص العقلي مشكلة اجتماعية كبرى خاصة في المجتمعات المتحضرة التي تحتاج لذكاء مواطنيها للتوافق الاجتماعي، لن نقص الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستغلال. وعندما نتحدث عن العقل لا نعني الذكاء فحسب، بل كل زوايا الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك.

ويجب الا يحدث خلط بين الضعف العقلي والمرض العقلي ، فالضعف العقلي لا يحدث فجأة وانما هو حالة تظهر منذ الطفولة المبكرة ، فيضعف النمو العقلي ويسوء التوافق النفسي والاجتماعي ، ويصعب شفاؤها الا في بعض الحالات القليله منه (كالقصاع) انما يمكن تقديم المساعدة النفسية والاجتماعية والتربوية المناسبة ، أما المرض العقلي مثل الاكتئاب أو الفصام فقد يصيب الافراد الذين يتمتعون

بدرجه عاليه من الذكاء فى أى مرحلـه من مراحل النمـو بعد أن كـان الفرد من قبل عاديا وهذا يمكن شفاؤه. (١٦)

أن ضعاف العقول أكثر من الاسوياء تعرضا للذهـان (المرض العقلى) فقد يصـاب ضعـاف العقول بـأنواع الذهـان كالذهـان الوجدانـى (الهوس والاكتئاب) أو الفصام ولذا يعد الضعف العقلـى مشـكلة متعددة الابعاد.

تعريف التخلف العقلى: Mental Retardation

هناك العديد من التعريفات المختلفة للتخلف العقلى والتـى اعتمد كل واحد منها على ناحية معينة ، وبالتالى فان هذه الناحية تخص فقط المختصين المشتغلين فى هذا المجـال ، فهنـاك مثـلا التعريفـات الطبيـة والتى تخص العاملين فى ميدان الطب والتى تقـول بـأن التخلـف العقلـى هو "حالة من عـدم التـوازن الكيميـائى فـى الجسـم". وهنـاك التعريفـات الاجتماعية والتى تحدد الصلاحية الاجتماعية للفرد. وهذه التعريفات الاجتماعية تخص العاملين فى ميدان الاجتماع والتى تقول بأن "التخلف العقلى هو انخفاض المستوى الثقافى والقدرة على التفاعل مع الآخرين". ولكن ما يهم رجال التربية والتعليم فهو التعريف التربوى للتخلف العقلى والذى ينص على أن التخلف العقلى هو "أداء عقلى عام دون المتوسـط

ويظهر متلازما مع القصور في السلوك التكيفي للفرد خلال فترة النمو".

ويعتبر هذا التعريف من أبرز التعريفات التربوية للتخلف العقلي المعمول به في الوقت الحاضر ، وهو التعريف الذى تتبناه الجمعية الأمريكية للضعف العقلي. (٤٤)

ويشير هذا التعريف الى انخفاض له دلالته الاحصائية في الأداء العقلي، عن متوسط الأداء العقلي للأطفال من نفس السن (نسبة ذكاء ٧٠ فأقل)، بشرط أن يصحب هذا الانخفاض في نفس الوقت عيوب في السلوك الاجتماعي التكيفي، مما يظهر أساساً في مرحلة النمو والارتقاء والتي تبلغ أقصاها عند بلوغ الشخص عمر ١٨ سنة.

ويستخدم التوزيع الاعتدالي لنسب الذكاء والانحراف المعياري عن المتوسط كأساس لتحديد مستوى التأخر العقلي. (٥٤)

التصنيفات المختلفة للتخلف العقلي : -

(أولاً) التصنيف حسب مرتبة التخلف

"وأساسه يعتمد على فروق كمية أكثر منها كيفية" أي أنــه يهتـم بـالفروق التي تعتمد على نسبة الذكاء أكثر من اعتماده على الفروق التي تميز كل فئة من فئات الاعاقة ، فالتخلف العقلي مراتب Grads بحسب شدته:

(١) العتــه :

وهو أشد درجات النقص العقلي ، والمعتوه هـو مـن كـانت سنه العقلية أقل من سنتين ، ونسبة ذكائه أقل من ٢٥، والمعتوهون يعجزون عن المحافظة على أنفسهم من الأخطار العادية ، وقد لا يـأكلون إن لـم يوضع لهم الطعـام فـي أفواههم، أو يـأكلون بخراقـة ، وقد لا يحسنون مضغ الطعام فيتعرض بعضهم للاختنـاق عند ازدياد الطعـام ، وهـم لا يتكلمون اطلاقاً ، أو ينطقون بمقطع واحد لامعنـى لـه ، وقد يصيحون من وقت لأخر. ولا يبدو عند المعتوهين حب الاستطلاع أو الامتلاك أو الاهتمام بالذات ، ولا تظهر فيهم الدوافع الجنسية أو تظهـر فـي صـورة منضمرة منحرفة ، وهم لا ينجبون نسلاً، وأكثر مـن نصـف المعتوهين

يصابون بنوبات صرع كبيرة ، هذا بالاضافة إلى الكثير من مظاهر الشذوذ فى التكوين العضوى. وأغلبهم يموتون صغاراً.

(٢) البله ، البلاهة : Imbeciliy

درجة شديدة من درجات النقص العقلى ، وإن كانت أقل شدة من العته. والأبله imbecile والأنثى بلهاء ، والجمع بله ، هو من كانت سنه العقلية من سنتين الى سبع سنوات (لذكاء الابله الكبير يعادل ذكاء طفل بين الثانية والسابعة ونسبة ذكائه من ٢٥ الى ٤٩).

صفاته : يحافظ الأبله على نفسه من الأخطار العادية ويتناول طعامه بنفسه ، ويبدو عنده حب الاستطلاع والتملك والمحاكاة ولكن فى مستوى ضعيف، وانفعالات الأبله غير مهذبه أو ناضجة ، فهى انفعالات بدائية لا ترقى الى العواطف الناضجة ، ولقلة ادراكه قد يخاف من أمور لا تدعو الى الخوف فى حين انه لا يقدر بعض المواقف التى تتطلب الخوف والحذر ويستطيع البله أن يتكلموا ولكن نطقهم يكون فى العادة صبيانيا متعسرا ويمكن تعليمهم كتابة بعض الكلمات وتدريبهم على بعض الأعمال اليدوية التى لا تحتاج الى كثير من المهارة ولكنهم لا يستطيعون أن يتعلموا فى المدارس العادية، ولا أن يتكسبوا ويعيشوا بمفردهم دون أن يرعاهم غيرهم فى سائر أمورهم ، وأقل من نصف

البلهاء يصابون بنوبات الصرع ، وهم وإن كانوا أقل مقاومة للأمراض من الأسوياء وكثيرا مايصابون بالدرن (السل) ، فإن أغلبهم يعيشون إلى سن عادية.

(٢) الضعف العقلي - الأفن Moronity المورون :

وهو أقل درجات النقص العقلى شدة ، أو هو (أعلى درجات النقص العقلى) والمأفون Moron هو من كانت سنته العقلية M.A. بين السابعة والثانية عشر ونسبة ذكائه من ٥٠ الى ٧٠ ، أو ٧٥ ، والمأفونين أقرب ما يكونون الى الأسوياء ولا سيما المراتب العليا منهم، فهم يبدون كالأسوياء فى دوافعهم وإن كانت قلة الكف لديهم تبدى غرائزهم فى صورة أقوى أو أوضح من الأسوياء ، وهم ضعاف الحكم Judgement وأكثر من الأسوياء قابليــة للايحـاء وهـو فـى العـادة اجتماعيون Social ويحبون الاختلاط بمن هم على شاكلتهم ، أو بمن هم على درجتهم من الذكاء ، ولقربهم من الحالة السوية ، قد يلحق بعضهم بالمدارس العادية فى صغرهم أو يوجدون فـى المجتمعـات وبعض الوظائف العامة فى كبرهم ، وذلك مما يظهر نقصهم فـى صغرهم مشكلة تعليمية ، وفى كبرهم مشكلة وظيفية أو اجتماعية أو اقتصادية أو اخلاقية. ونظرا لضعف حكمهم على الأمور ولضعف

الدافع الأخلاقى عندهم فأخلاقهم أقرب للايحاء وارضاء الوسط منها الى وجود عاطفة اخلاقية واضحة لديهم ، ولحبهم للاجتماع بمن هم على شاكلتهم كل هذه العوامل كثيرا ما تكون سببا فى ارتكابهم أعمالاً غير أخلاقية أو غير قانونية ، بل كثيرا ما يستخدمهم الغير لارتكاب الجرائم والعقوبة فى النقص العقلى غير رادعة عادة من الاجرام ، ويصاب بعض ضعاف العقل بنوبات صرع.

(٤) البين بين :

وهى الحالات التى على الهامش أى بين السواء والنقص وتتناول من كانت نسبة ذكائهم من ٧٠ أو ٧٥ ، إلى ٨٥ أو أقل من ٩٠. وهذه المجموعة من النقص العقلى تكاد تعتبر من الأسوياء لولا بعض مظاهر قليلة من مظاهر الضعف العقلى ، وقد يجتازون مراحل التعليم العادى ولكن بشىء من الصعوبة كما قد يجدون بعض المتاعب الاقتصادية والاجتماعية فى كبرهم (وتظهر متاعبهم الاقتصادية بصفة خاصة فى سوء تصرفهم فى ثرواتهم مما قد يصل الى حد التبديد).

(٥) المعتوهون العلماء : Idioty Savants

اسم يطلق على فريق من ناقصى العقل من البله أوضعاف العقل، ويظهرون تفوقا ظاهرا فى بعض النواحى يكونون فيها فى مرتبة سوية أو فوق المعدل ويرجع ذلك الى اختلاف الملكات ، مما يتيح للفرد مهارة فى ناحية رغم ضعفه فى سائر النواحى.

(ثانياً) التصنيف على أساس الأسباب (مصدر العلة) ويشمل:

الضعف العقلى الأولى : ويكون راجعا الى عوامل الوراثة عن طريق الأب أو الأم أو كليهما ، سواء أكان أحد الأبوين ناقص العقل أو حاملا لصفة النقص العقلى من الأسلاف ويحدث فى حوالى ٨٠٪ من حالات الضعف العقلى.

الضعف العقلى الثانوى : ويكون راجعا لأى سبب بعد اخصاب البويضة، سواء أثناء الحمل أو نتيجة لصابة الأم أو تناولها بعض العقاقير الضارة أو اصابتهم ببعض الأمراض أو السموم ، أو أثناء عملية الولادة (نتيجة اصابة الدماغ أثناء عملية الوضع) أو بعد الولادة (نتيجة اصابة أو مرض فى أى مرحلة بعد الولادة وقبل اكتمال النمو العقلى).

وقد وردت بعض أسماء للضعف العقلى بحسب السبب المباشر له ، مثل الضعف العقلى الانعزالى (ويرجع الى انعزال الطفل عن العوامل الضرورية للنمو العقلى المعروف باسم : طفل الغابة، الذى نفقد فى طفولته فى احدى الغابات وعاش مع الحيوانات ثم عثر عليه بعد سنوات عديدة أو مثلما يشاهد الضعف العقلى الانعزالى فى حالة اصابة الطفل بالعمى والصمم معا مما يقطع صلته بالعالم الى حد كبير ، ومثل الضعف العقلى الزهرى الناشىء عن اصابة الدماغ بمرض الزهّرى (أثناء الحمل مثلاً) والنقص العقلى الاصابى الراجع الى اصابات الدماغ الكبيرة فى الطفولة وغير ذلك.

(ثالثاً) التصنيف على أساس درجة الاستقرار والثبات :

يمكن تقسيم ضعاف العقول عموما والمأفونين خصوصا الى فريقين : **(١) فريق مستقر أو ثابت ...**

(٢) فريق غير مستقر أو غير ثابت.

فالفريق الأول Stable هادىء وأقدر على التعامل مع المجتمع بدرجة لابأس بها وأقل انتهاكا للقوانين والعرف ، بل منهم المسالم الذى يبالغ فى الاهتمام بارضاء الوسط ومراعاة مستويات البيئة.

أما الفريق غير المستقر فهو سهل التهيج وكثيرا ما يثور لأتفه الأسباب أو لغير سبب وتنتابه نوبات من ضيق الخلق وجموح الغضب وحدة المزاج، فيثور ولا يتحكم فى سلوكه فيدق الأرض بقدميه ويصيح، وقد تصدر عنه. تصرفات مخالفة للقانون ، وربما هدأ بعد فترة وعاد ساكنا. -

(رابعاً) التصنيف الكلينيكى :

- لضعاف العقول أنماط كلينيكية متعددة ، والتصنيف الكلينيكى يعتمد على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسيولوجية والمرضية المميزة بجانب الضعف العقلى والتى تجعل التعرف الكلينيكى عليهم أمرا سهلا.

وأهم الأنماط الكلينيكية لضعاف العقول ما يلى : -

(١) النمط المنغولى أو المنغولية :

وسمى كذلك للتشابه الظاهرى بين سحنة المريض وبين الشعوب المنغولية، ونسبة هذا الفريق نحو ٥٪ من ناقصى العقل ولكن أغلبهم يموتون صغارا فتقل نسبتهم كثيرا بين الكبار ، وهم بين بله ومعتوهين.

ومن الخصائص المميزة للمنغولية : الرأس العريض ومحيط أقل من العادى والشعر قليل وجاف خال من التجاعيد والعينان منحرفتان لأعلى وخارجا، وتميلان الى الضيق ، وغالبا بهما حول ، والأنف عريض قصير وأفطس واللسان كبير عريض خشن مشقق ، وقد يبدو بارزا خلال الفم المفتوح، والاذنان صغيرتان ومستديرتان ، والقامة والأطراف قصيرة والكفان عريضان وسميكان مع وجود نمط مستعرض عبر راحة الكف والأصابع قصيرة ، وخاصة الخنصر ، والنحناء نحو الداخل، والقدمان مفرطحتان ، وأعضاء التناسل صغيرة الحجم ، والكلام متأخر ، والصوت خشن ، والنمو والتآزر الحركى مضطرب ويلاحظ الترهل الجسمى بصفة عامة.

ومن الخصائص الانفعالية والاجتماعية للطفل المنغولى : أن الطفل المنغولى لطيف ودود ومرح ، ونشط ، اجتماعى يحب التقليد والمداعبة ، متعاون مبتسم ، يحب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض الأطفال السعداء.

وتشير الدراسات الى أن أسباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصماء وكبر سن الأم عند الحمل (أكثر من ٤٠ سنة) وخاصة اذا كان الحمل الأول ، ولشذوذ توزيع

الكروموزومات فى شكل وجود كروموزوم جنسى زائد نتيجة لاضطراب تكوينى فى البويضة. والمنغولى يكون لديه ٤٧ كروموزوم والطفل العادى ٤٦ كروموزم.

(٢) القــزم: Cretins

وهم أقزام ضعاف العقل ، وتعرف احيانا بالقماءة أو القصاع وتتصف حالة ضعف العقل فى هذه الحالة بقصر القامة بدرجة ملحوظة، ولا يزيد مستوى الذكاء فى هذه الحالة عن مستوى العته والبله.

ومن الخصائص المميزة فى هذه الحالة بجانب قصر القامة الشعر الخشن الخفيف ، والشفتان الغليظتان واللسان المتضخم ، والرقبة القصيرة والسميكة ، والبطن البارزة المستديرة ، والصوت الخشن ، والكسل الواضح ، والحركة البطيئة والنمو الجنسى المتأخر ، والغدة الدرقية غائبة غالبا مع وجود تورم شحمى فى الرقبة.... وهم فى العادة أطفال هادئون متبلدون انفعاليا. (١٦)

أما عن أسباب القماءة أو القصاع ، فيرجع الى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية ، وتتحسن حالتهم الجسمية ونموهم ودرجة ذكائهم اذا عولجوا مبكرا (خلال السنة الأولى).

ويلزم التفرقة بين القزم (جمع قزم) وبين القزم فكلاهما ضئيل الجسم، ولكن القذامة Cretinism راجعة الى نقص افراز الغدة الدرقية.

(٣) صغر الجمجمة : Microcephalies :

وهم فريق من ضعاف العقول يتميزون بصغر الرأس ، وفي العادة يكون حجم الوجه عاديا ، بينما يكون الدماغ صغيرا ولا يزيد مستوى الذكاء في هذه الحالات عن العته ، والبله ومن الخصائص المميزة صغر حجم الجمجمة وخاصة فوق الحاجبين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعي ، ويأخذ الوجه الشكل المخروطي ، ويفيض جلد الرأس على العظم الذي يغطيه فيبدو مجعدا ، والنمو اللغوي متخلف والكلام غير واضح ، وقد تصاحب هذه الحالة نوبات التشنج والصرع ، مع زيادة النشاط الحركي ، وعدم الاستقرار . وترجع أسباب هذه الحالة الى اصابة الجنين في الشهور الاولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربائية ، أو حدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود

مورث (جين) متنحى مسئول عن الحالة ، أو التحام عظم الجمجمة مبكراً بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نموا طبيعيا. (١٦)

(٤) كبر الجمجمة : Macrocephalies

وهذه حالات من ضعاف العقول يتميزون بكبر حجم الرأس وحجم الجمجمة ، ويصاحب زيادة حجم الجمجمة زيادة فى حجم المخ وخاصة المادة البيضاء. ويتراوح مستوى الضعف العقلى فى هذه الحالات بين البلة والعته وهى حالات نادرة الحدوث ومن الخصائص المميزة لهذه الحالات كبر حجم الجمجمة عن المعتاد وخاصة فوق الحاجبين والاذنين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعى ، وعادة يصاب البصر وتحدث التشنجات ، ومن أسباب هذه الحالة وجود عيب فى المخ عن طريق المورثات (الجينات) أدى الى نمو شاذ فى أنسجة المخ وفى الجمجمة ويلاحظ فى هذه الحالة بالذات أن نمو حجم الدماغ لا يعنى بالضرورة وجود الضعف العقلى لأن حدوث الضعف العقلى يتوقف على مدى التلف الذى أصاب المخ.

(٥) استسقاء الدماغ : Hydrocephaly

وفيه تنتفخ الجيوب المخية وينضمر نسيج المخ ، وقد يقل نمو الذكاء ، ويتوقف مدى الضعف العقلي على مقدار التلف الذي حدث بنسيج المخ. ويتراوح مستوى الضعف العقلي بين الأفن والعته ، ومن الخصائص المميزة لحالة استسقاء الدماغ كبر حجم الجمجمة ، رغم بقاء حجم الوجه عاديا، ويكون شكل الجمجمة مثل الكمثرى المقلوبة ، ويشتد جلد الرأس على سطح الجمجمة الكبيرة الحجم وتضطرب الحواس وخاصة البصر ، والسمع ، وتشاهد نوبات الصرع ، ويضطرب النمو والتوافق الحركي.

وترجع أسباب هذه الحالة الى احتمال حدوث عدوى مؤثرة أثناء الحمل مثل الزهرى والالتهاب السحائي، مع وجود عوامل وراثية مؤثرة ، ويمكن معرفة الحالة مبكرا عن طريق قياس حجم الجمجمة والعلاج الوحيد المعروف هو الجراحة عن طريق ما يسمى أنبوبة التحويل لتصحيح دورة السائل المخي الشوكي وتخفيض ضغطه على المخ وتصريفه الى الوريد العنقي حيث يمتص بسهولة وبلا ضرر في الدم.

(٦) حالات العامل الريزيسي في الدم: R.H. Factor

وهذه حالات ضعف عقلي ترتبط باختلاف دم الأم عن دم الجنين من حيث العامل الريزيسى ، وهو أحد مكونات الدم ويتحدد وراثيا ، فاذا كان العامل الريزيسى عند كل من الأم والأب سالبا أو موجبا فلا توجد مشكلة ، أما اذا كان العامل الريزيسى عند كل من الأم الأب مختلفا (حيث يكون دم الأم سلبيا بينما يكون دم الأب موجبا). فهذا يؤدى الى تكوين أجسام مضادة والى اضطراب فى توزيع الاكسجين ، وعدم نضج خلايا الدم ، وتدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين وبالتالى يؤثر هذا فى تكوين المخ مما قد ينتج عنه تلف المخ والضعف العقلى. فمثلا اذا كانت الأم -RH أى لا يوجد بها هذا العامل ، والأب + RH أى يوجد لديه هذا العامل وورث الجنين من أبيه نوع دمه +RH حدث هذا الاضطراب ، وعند الميلاد يكون الطفل كسولا لديه فقر دم وصراخه عاليا ، ويتشنج كثيرا ، وقد عزا بعض الباحثين موت كثير من الأجنة فى أرحام أمهاتهم الى مثل هذا الاضطراب ، واذا تم تشخيص هذا الاضطراب مبكرا وتم العلاج خلال الأسابيع الأولى من حياة الطفل عن طريق نقل الدم المخالف - من حيث العامل الريزيسى - كاملا من والى الطفل ، فيكون الأمل فى الشفاء كبيرا ولأغراض الوقاية ينصح المتفقون على الزواج معرفة هذا العامل.

علاقة الضعف العقلي بالصرع :

يتضح مما سبق أن نسبة من ضعاف العقول تنتابهم نوبات صرع ، ذلك أن الخلل العضوى أو الوظيفى فى الدماغ أدى الى تأخر النمو العقلى ، كما أدى فى الوقت نفسه الى الاصابة بالصرع ، سواء أكان ذلك قبل الولادة أم أثناءها أو نتيجة اصابة الطفل في سنوات طفولته باصابة بالغة فى الدماغ أو بالتهاب الدماغ نتيجة حمى ، وهناك حالات كان ذكاء الطفل فيها سوياً وأصيب بالصرع فتعثر نمو ذكائه قبل اكتماله أى أصيب بدرجة من درجات الضعف العقلى (الصرعى).

علاقة الضعف العقلي بالذهان (المرض العقلي) :

فقد يصاب ضعاف العقول بأنواع الذهان ، كالفصام أو الهوس أو الاكتئاب ، بل لعلهم أكثر من الأسوياء تعرض للاصابة بالذهان ، ويغلب أن يكون وضعهم بالمصحات العقلية بسبب اصابتهم بنوع من أنواع الذهان ويشفون من الذهان ولكنهم يغادرون المصحة ضعاف عقول كما كانوا أولاً.

(خامساً) التصنيف حسب العوامل التربوية

يصنف التربويين المتخلفين عقليا الى فئتين : -

١ - فئة قابلي التعلم Educable

٢ - غير قابلي التعلم Un-Educable

وتقابل الفئة الأولى طبقة المورون ، وتقابل الفئة الثانية طبقتي الأبله و المعتوه.

تشخيص الضعف العقلي :-

يجب على الوالدين والمربين المبادرة بالتشخيص المبكر لحالات الضعف العقلي حتى يمكن اتخاذ الاجراءات اللازمة لمساعدتهم في الوقت المناسب :-

ويجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص الضعف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه ضعيف العقل يعتبر أمرا يغير مستقبل حياته.

ويجب أن يقوم تشخيص الضعف العقلي على النحو التالي: -

(١) الفحص النفسي : وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل (أقل من ٧٠) ويلاحظ سلوكه العام (غريب ، بدائي) ، وقدرته على التمييز ،

وقدرته على التعبير عن نفسه (ضعيفة) ومحصوله اللغوى (متأخر غير واضح) وشخصيته (غير ناضجة) وتوافقه الانفعالى (سيىء) ويستقصى عن وجود تلف فى المخ.

(٢) **التحصيل الأكاديمى والتقدم الدراسى :** يلاحظ فيه نقص نسبة التحصيل، وعدم النجاح فى المدرسة ونقص القدرة على التعلم ، ونقص المعلومات العامة.

(٣) **الفحص الطبى والعصبى والمعملى :** وفيه يفحص النمو الجسمى العام مع ملاحظة علامات الضعف العقلى الكلينيكى والنمو الحركى وفحص الحواس ، وفحص الجهاز العصبى ، واستقصاء أسباب الضعف العقلى قبل وأثناء وبعد الولادة ، واجراء الفحوص المعملية للأمصال والبول والدم والسائل النخاعى الشوكى ووظائف الغدد الصماء وعمل الأشعة السينية للرأس ورسم المخ..... الخ.

(٤) **البحث الاجتماعى :** وفيه يؤخذ تاريخ وافى للطفل وحالته وأسرته ويدرس مستوى نضجه وتوافقه الاجتماعى (متأخر وغير متوافق وأقل شحية) ومدى اعتماده على الأخرون وحاجته الى الاشراف فى سلوكه الاجتماعى. (١٦)

(٥) **التشخيص الفارقى :** يجب المقارنة بين الضعف العقلى وبين التأخر الدراسى والمرض العقلى ، والعاهات الجسمية ، واضطراب الكلام ، والصرع.

المشكلات السلوكية لضعاف العقول :

لا توجد كلها لدى حالة واحدة، وهى تنطبق على أقصى درجات الضعف العقلى، وتخف حدتها فى الحالات الخفيفة.

بصفة عامة فإن ضعاف العقول يعجزون عادة عن رعاية أنفسهم فهم لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم فى شق طريقهم فى الحياة بحيث يحتاجون باستمرار إلى الاشراف من الغير لحمايتهم وحماية غيرهم منهم، ويرجع ذلك لعدم ادراكهم المحافظة على صحتهم وحياتهم، وكثرة تعرضهم للحوادث بنسب أكبر من العاديين لعدم ادراكهم للأخطار التى يتعرضون لها فى حياتهم اليومية.(٢٠)

وتتضح المشكلات الاجتماعية التى تصاحب الضعف العقلى فى صعوبة التوافق الاجتماعى، واضطراب التعامل الاجتماعى، والجناح ونقص الميول والاهتمامات والانسحاب والعدوان وعدم تحمل المسئولية

واضطراب مفهوم الذات والميل الى مشاركة الأصغر سنا فى النشاط الاجتماعى.

أما المشكلات الانفعالية لدى الأطفال المتخلفين عقليا فتظهر فى عدم قدرتهم على ضبط دوافعهم وغرائزهم وعدم استقرارهم الانفعالى فتأتى انفعالاتهم مغايرة للمواقف التى يمرون بها فيظهرون تبلدا انفعاليا احيانا، ويظهرون فجاجة الانفعال أحيانا أخرى، ونتيجة لعدم قدرتهم على ضبط سلوكهم فيخالفون القواعد الخلقية فى معظم الأحيان ويتعرضون للانقياد نتيجة لسرعة التأثر، ومن ثم يكونون موضع استغلال الأخرين فى صور متعددة.

أما عن المشكلات العقلية، فتتضح فى بطء النمو العقلى المعرفى ونقص نسبة الذكاء، وعدم تكامل وانسجام القدرات العقلية وضعف القدرة اللغوية، والذاكرة ، وعدم القدرة على التركيز والانتباه، وبطء القدرة على التعلم والتحصيل، مع عدم القدرة على حل المشكلات، نتيجة لنقص المعرفة وعدم الاستفادة من الخبرات السابقة.

وتتلخص المشكلات التي تصاحب الضعف العقلي في التالي:

١- العجز كليا أو جزئياً عن الانتاج.

٢- التخريب والتدمير نتيجة للضعف العام للبصيرة وعدم القدرة على التفكير.

٣- التشرد الذي يرجع اساسا لعدم ادراكهم.

٤- السلوك الاجرامي أو العدواني، وتتسم جرائمهم بالبساطة والسهولة وعدم التعقيد لضعف ادراكهم وانقيادهم للغير.

٥- الوقوع في الانحرافات الجنسية واستغلالهم في ذلك. لهذا كله فإن فئة المتخلفين عقليا في حاجة ماسة للرعاية والتوجيه بمعرفة المتخصصين وعن طريق المؤسسات المختلفة الملائمة لهم. (٢٠)

الصــــرع

تعريف الصرع : Epilepsy

الصرع أنواع متعددة تختلف في أشكالها وأعراضها وأنواعها المرضية وبعض هذه الأنواع يتم تشخيصه بشكل مباشر وسهل نظرا لطبيعة العرض الذي يظهر على المريض وخاصة التشنجات، والتي اذا

ما رآها شخص غير متخصص قد يستطيع أن يعطى انطباعا بأن المريض يعانى من نوبات تشنج صرعى. وفى هذه الحالة قد لا تبدو العملية التشخيصية صعبة.

والصرع اسم يغلب استعماله للنوبة الصرعية الكبيرة Grand Malfits والتى ترجع الى نوبات من اختلال نشاط بعض اجزاء الدماغ، يظهر فى هيئة تغير كيميائى وفى هيئة جهد كهربائى غير سوى، ينتشر فى موجات مثيرة قد يمكن تسجيلها برسام المخ الكهربى EEG وتنتشر هذه الموجات من البؤر التى تنبعث منها الى أجزاء مختلفة من الدماغ.

وتتوقف الصورة الكلينيكية للنوبة الصرعية على البؤرة التى تنبعث منها تلك الموجات المثيرة أو التهيجية وشدتها ومدى انتشارها، وبعبارة أخرى تتوقف الأعراض على أجزاء الدماغ التى تشملها الاثارة.

وتظهر الأعراض عادة فى صورة وافدة أى فى هيئة نوبة Fit تأتى فجأة وتتكرر على فترات متقاربة أو متباعدة، ولكن الموجات الشاذة قد تظهر أحيانا بدرجة ضئيلة فيما بين النوبات (وربما أمكن تسجيلها برسام الدماغ الكهربى)، وإن كانت لا تؤدى الى ظهور

غير واضح وصريح (كأن يكون وظيفيا، مثل هبوط عتبة تهيجية جزء من الدماغ، ويسمى الصرع في هذه الحالة أوليا أو ذاتيا، وهو اسم نغطي به جهلنا بالسبب الموضعي.

(٣) أما الطائفة الثالثة من أسباب الصرع فهي الأسباب المثيرة للنوبة، وتسمى أيضا بالعوامل الغمازة أو الزنادية التي تثير النوبة، مثل أي طارئ حسي أو انفعالي أو كيمياتي أو تراكم سموم داخلية، أو أي تغيير في كمية الدم الوارد الى الدماغ أو في محتوياته ولما كانت هذه الأسباب وافدة فإن الأعراض الصرعية تظهر على نوبات.

الأنواع الكلينيكية للصرع:

إن ما يحدث أثناء النوبة الصرعية يختلف بشكل أساسي في كل نوع، ففي بعض النوبات قد لا يحدث للمريض الا فقدان للوعي بشكل مفاجئ، وقد يصاحب ذلك أو لايصاحبه اختلاجات عضلية شديدة في اليدين والقدمين وكل عضلات الجسم، وفي البعض الأخر قد يظهر لدى المريض مجرد نظرة زائغة، وفي البعض الثالث قد يمر المريض بخبرة هذوسية، أو تظهر لديه انفعالات شديدة دون سبب واضح، أو

تحدث لديه خداعات بصرية، كما قد يحدث أن توجد كل هذه الأعراض مجتمعة. (١٩)

(١) النوبة الصرعية الكبيرة:

فى هذا النوع تظهر النوبة فجأة، وعادة يشعر المريض قبل النوبة بقليل أو بعد ساعات، ببعض الأعراض التى تنبئه بقرب وفود النوبة، وتعرف بالأعراض السابقة للتشنج مثل بعض الاضطرابات النفسية، أو البدنية. أما النوبة الصرعية فقد نميز فيها أربع مراحل:

المرحلة الأولى وتسمى النذير الصرعى، فتسبق فقدان الشعور وتستمر ثوانى قليلة، وتكون فى صورة انفعال أو سلوك معين، وهى ناشئة عن إثارة البؤرة التهيجية الأولى.

المرحلة الثانية وهى تقلص جميع عضلات الجسم مع فقدان كامل للشعور، وتسمى المرحلة التوترية، وقد تخرج من المريض فى بدئها صرخة غير إرادية نتيجة تقلص الحلق وعضلات التنفس، وإذا كان المريض واقفا سقط على الأرض (ومن هنا سمى الصرع أحيانا: داء السقوط) وتستمر المرحلة التوترية عادة بين عشر ثوان وثلاثين ثانية .

أما المرحلة الثالثة فهى مرحلة تواترية، تحدث فيهـا تشـنجات (يتنـاوب فيها تقلص العضلات وارتخاؤها بسرعة زائدة) وتتناول جميـع عضلات الجسم مدة دقيقة أو دقائق قليلـة، وقد يعض المريـض لسـانه، أو ينسال بوله، ويزرق الوجه نتيجة تعطـل التنفـس، ويظهر اللعاب فى هيئة زبد أو رغوة من الفم.

المرحلـة الرابعة تبطل التشنجات، ويرتد المريض هادئـا ويعـود اليـه تنفسه، وترتخى عضلاته ويفيق من غيبوبته بالتدريج بعد دقـائق أو ساعات.

وقد يصـاب المريض بأعراض عقليـة شـاذة سـابقة أو معقبـة للصرع

ولا سيما قبل النوبة أو فـى نهاية المرحلـة الرابعـة حيث يقوم بأعمـال تلقائية وهو ما يسمى التلقائية المعقبة للصرع ويكون عملـه غير ارادى وغير شعورى، وينسى ما يفعله فى تلك المرحلـة ويكون غير مسئول عما يفعله .

(٢) الصرع الصغير: Petit Mal

وهو لا يتعدى فقدان الشعور لبضع ثوان، أو قد تصحبه اختلاجات بسيطة في الوجه والأطراف، ولكن لهذا النوع من الصرع أهمية خاصة من الناحية الطبية الشرعية أو الجنائية ، لأن قدرة المريض الحركية لاتتعطل، وربما ارتكب تلقائيا أفعالا غير ارادية، وهو مضطرب الشعور، كما أن هذا النوع من الصرع قد يكون أضر بالعقل أحيانا من الصرع الكبير.

(٣) الصرع النفسي الحركي:

تتميز أعراض الصرع النفسي الحركي بالعديد من المظاهر التي قد تستمر لسنوات دون أن يتم التعرف على طبيعتها نظراً لأن أعراض هذا النوع من الصرع تأتي معقدة ومتشابكة وغير واضحة، فقد تظهر النوبة علي هيئة اضطرابات وجدانية، أو نوبات من تشوش الوعي لعدة دقائق أو ساعات، أو مجرد حركات لا ارادية في بعض الأطراف، ولذلك فان هذه النوبات من الموضوعات الكلينيكية المثيرة للانتباه لانها تشمل العديد من الاعراض المختلفة والغريبة وغير المحددة مثل اضطراب الذاكرة والهلاوس واضطراب التعرف على الزمان والمكان والاشخاص أو الشرود بالاضافة الى بعض الأنشطة الحركية الغريبة

والشاذة وعادة لا يتذكر المريض ما يحدث أثناء هذه المرحلة التى قد تأخذ دقائق أو ساعات، بل ان بعض هذه الحالات قد تستمر فيها النوبة لأيام أو أسابيع، ويطلق عليها فى هذه الصورة حالة مستمرة من الصرع النفسى الحركى.

علاقة الصرع بالاضطراب العقلى

(١) قد نجد فى الطفولة حالات نقص عقلى ولادى مصحوب بنوبات صرعية.

(٢) كما نجد حالات كان نموها العقلى سويا ثم أصيب فى الطفولة أيضا بالصرع فأعقبه تعثر فى النمو العقلى، وهو ما يعرف بالنقص العقلى الصرعى.

(٣) ثمة أمراض معدية (مثل التهاب الدماغ)، أو اصابات كبيرة تصيب دماغ الطفل فتؤدى الى بطء نموه العقلى، كما تؤدى الى اصابته بنوبات الصرع.

التشخيص:

إن تشخيص حالات الصرع يعتمد على بعدين أساسيين:

الأول : العلامات الكلينيكية التى نراها على مريض الصرع.

الثاني: هو التغيرات التي تطرأ على النشاط الكهربائي للمخ والذي تم تسجيله برسام المخ الكهربائي. وبالرغم من كون رسام المخ هو الأداة التشخيصية الأساسية لحالات الصرع بوجه عام، إلا أن عملية التشخيص لا تعتمد عليه فقط مالم تحدث النوبة اثناء تسجيل نشاط المخ، وهو ما يسمى برسم المخ أثناء النوبة.

ولسوء الحظ فانه لا يتاح لنا في أغلب الأحيان عمل رسم مخ أثناء حدوث النوبة وكل ما نعتمد عليه في الغالب هو الرسم بين النوبات، وفي أحيان كثيرة يكون هذا الرسم طبيعيا وفي هذه الحالة يجب أن نؤكد على الملاحظات الكلينيكية لمرضى الصرع (١٩)

والشاذة وعادة لا يتذكر المريض ما يحدث أثناء هذه المرحلة التي قد تأخذ دقائق أو ساعات، بل إن بعض هذه الحالات قد تستمر فيها النوبة لأيام أو أسابيع، ويطلق عليها في هذه الصورة حالة مستمرة من الصرع النفسي الحركي.

علاقة الصرع بالاضطراب العقلي

(١) قد نجد في الطفولة حالات نقص عقلي ولادي مصحوب بنوبات صرعية.

(٢) كما نجد حالات كان نموها العقلي سويا ثم أصيب في الطفولة أيضا بالصرع فأعقبه تعثر في النمو العقلي، وهو ما يعرف بالنقص العقلي الصرعي.

(٣) ثمة أمراض معدية (مثل التهاب الدماغ)، أو إصابات كبيرة تصيب دماغ الطفل فتؤدي إلى بطء نموه العقلي، كما تؤدي إلى إصابته بنوبات الصرع.

التشخيص:

إن تشخيص حالات الصرع يعتمد على بعدين أساسيين:

الأول : العلامات الكلينيكية التي نراها على مريض الصرع.

الثاني: هو التغيرات التى تطرأ على النشاط الكهربائى للمخ والذى تم تسجيله برسام المخ الكهربائى. وبالرغم من كون رسام المخ هو الأداة التشخيصية الأساسية لحالات الصرع بوجه عام، إلا أن عملية التشخيص لا تعتمد عليه فقط مالم تحدث النوبة أثناء تسجيل نشاط المخ، وهو ما يسمى برسم المخ أثناء النوبة.

ولسوء الحظ فانه لا يتاح لنا فى أغلب الأحيان عمل رسم مخ أثناء حدوث النوبة وكل ما نعتمد عليه فى الغالب هو الرسم بين النوبات، وفى أحيان كثيرة يكون هذا الرسم طبيعيا وفى هذه الحالة يجب أن نؤكد على الملاحظات الكلينيكية لمرضى الصرع (١٩)



الفصل السابع

الاضطرابات السيكوسوماتية

الاضطرابات السيكوسوماتية
النفسية الجسمية

الكائن الحى وحدة نفسية جسمية، ولجميع أنواع السلوك الانسانى ناحية بدنية وناحية نفسية ولا يمكن أن نفصل فصلا تاما بين الناحية الجسمية والناحية النفسية فى السلوك الانسانى. فانفعال الخوف مثلا خبرة نفسية داخلية ولكن تصاحب الخوف تغيرات فسيولوجية كثيرة مثل اشتداد ضربات القلب وازدياد سرعة التنفس، وشده تدفق الدم فى الأوعية الدموية ثم اننا اذا نظرنا الى بعض أنواع السلوك الانسانى التى تغلب عليه الناحية البدنية ؛ كلعب الكرة أو السباحة فاننا لانستطيع أن نقول أن هذه الأفعال بدنية بحتة، بل انها تتضمن ايضا كثيرا من الخبرات النفسية الداخلية. وكل سلوك انسانى آخر له ناحيته البدنية وناحيته النفسية بدرجات متفاوتة وليس من الممكن الفصل بينهما. فالانسان وحدة نفسية جسمية اجتماعية ايضا. ولعل الكثير من الناس يلاحظون أن شعورهم بالقلق النفسى ينتج عنه حالة امساك، وحالة الامساك بدورها تزيد من حدة الشعور بالقلق وهذه الزيادة تزيد من حالة الامساك، فكأنه تنشأ احيانا فى مثل هذه الحالات حلقة مفرغة لابد من قطعها فى نقطة ما حتى يمكن التخلص من حالتى الامساك والقلق فى وقت واحد.

ونعرف كذلك ما لحالات الغضب والخوف من آثار. فلذا كان الغضب متكرراً نتجت حالة مزمنة من سوء الهضم وارتفاع ضغط الدم ثم تنشأ الدائرة المفرغة التى يزيد تبعا لها كل من الحالتين الجسمية والنفسية.(٣٩)

ان الانسان كائن واحد وأن هذه الوحدة الاساسية فى الكيان تجربة جسيمة يحياها كل فرد، ويلمسها فى كل ما يتصل بهم من الافراد عندما تتجاوب وحدته مع وحدة غيره من الناس، لم يعد من شك اذن أن الطبيب عندما يستبدل بهذه الوحدة التى تعطيها له التجربة المباشرة ثنائية الكائن، انما يتفلسف فلسفة ميتافيزيقية حيث أراد أن يكون موضوعيا واقعياً.

يجب علينا إذن أن ننظر إلى الظواهر الجسمية والظواهر النفسية باعتبارها جانبى وحدة الكائن ويتحتم علينا أن ندخل فى حسابنا كلا الجانبين اذا أردنا أن تكون نتائج البحث كاملة مستوفاة، وهذا هو أساس التوجه السيكوسوماتى. (٥٧)

ان الاضطرابات السيكوسوماتيه جسمية الأعراض نفسية المنشأ، فالأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات يشكون من أعراض بدنية

مختلفة مثل:-

١- الاضطرابات المعدية المعوية مثل الغثيان، والقئ والاحساس بحرقة فى المعدة، والقرحة المعدية.

٢- الاضطرابات الجلدية مثل الالتهابات الجلدية العصبيه والاكزيما.

٣- الاضطرابات القلبيه الوعائيه وهى الاضطرابات المتعلقة بالقلب والأوعيه الدمويه، مثل صداع نصف الرأس، وعدم انتظام ضربات القلب. والنوبات القلبيه.

٤- اضطرابات التنفس مثل الربو الشعبى وزيادة التنفس.

٥- اضطرابات الغدد خارجية الافراز مثل اضطرابات الغدد الذهنية، وحصب الشباب، والعرق المفرط.

٦- الاضطرابات العضلية العظيمة، مثل تشنج العضلات، وآلام الظهر.

وبالكشف الطبى على هؤلاء الأفراد يتبين وجود اضطرابات فسيولوجية تحتاج الى علاج طبى، غير أن العلاج الطبى ليس هو كل ما يحتاج اليه هؤلاء المرضى، إذ أن اضطراباتهم الفسيولوجية قد نشأت فى الأصل من الصراع النفسى والقلق. ولذلك فهم فى حاجة ايضا إلى علاج نفسى.

والطب النفسجسمى (الطب السيكوسوماتى) هو الطب الذى ينظر الى الشخص من زاويته الجسمية والنفسية فى وقت واحد، ويبين العلاقة العلّية بين الأعراض النفسية والجسمية، ويبحث بنوع خاص العوامل النفسية المسببة للاضطرابات العضوية والتى تسهم فى ظهور تلك الاضطرابات.

مختلفة مثل:-

١- الاضطرابات المعدية المعوية مثل الغثيان، والقئ والاحساس بحرقة فى المعدة، والقرحة المعدية.

٢- الاضطرابات الجلدية مثل الالتهابات الجلدية العصبيه والاكزيما.

٣- الاضطرابات القلبيه الوعائيه وهى الاضطرابات المتعلقة بالقلب والأوعيه الدمويه، مثل صداع نصف الرأس، وعدم انتظام ضربات القلب. والنوبات القلبيه.

٤- اضطرابات التنفس-مثل الربو الشعبى وزيادة التنفس.

٥- اضطرابات الغدد خارجية الافراز مثل اضطرابات الغدد الذهنية، وحب الشباب، والعرق المفرط.

٦- الاضطرابات العضلية العظيمة، مثل تشنج العضلات، وآلام الظهر.

وبالكشف الطبى على هؤلاء الأفراد يتبين وجود اضطرابات فسيولوجية تحتاج الى علاج طبى، غير أن العلاج الطبى ليس هو كل ما يحتاج اليه هؤلاء المرضى، إذ أن اضطراباتهم الفسيولوجية قد نشأت فى الأصل من الصراع النفسى والقلق. ولذلك فهم فى حاجة ايضا إلى علاج نفسى.

والطب النفسجسمى (الطب السيكوسوماتى) هو الطب الذى ينظر الى الشخص من زاويته الجسمية والنفسية فى وقت واحد، ويبين العلاقة العلّية بين الأعراض النفسية والجسمية، ويبحث بنوع خاص العوامل النفسية المسببة للاضطرابات العضوية والتى تسهم فى ظهور تلك الاضطرابات.

الاضطرابات السيكوباتيه
الاستجابات الضد اجتماعية

وهى منتشرة بين نزلاء السجون والمتعطلون والمجرمون، نظرا لأنها تتميز بالاندفاع الى العدوان، وعدم التعلم من التجربة، وعدم استطاعة صاحبها مقاومة أى أغراء، وثورته على تقاليد المجتمع، وعلى كل شئ، وقد تنجح هذه الشخصية أحياناً فى أدوار قيادية نظراً لأنانيتها المفرطة وطموحها المحطم لكل القيم والعقبات والتقاليد والصداقات فى سبيل الوصول الى ما يريد.

ويقول "دافيد كلارك" فى وصف السيكوباتية" إن أصحاب الشخصية السيكوباتية هم هؤلاء الذين تكون حالات الخلل فى سلوكهم ومشاعرهم ظاهرة فى تصرفاتهم، وفى طريقتهم فى التوفيق بين أنفسهم وبين البيئة، ومعنى هذا أنه يمكن أن يدخل فى هذه المجموعة هؤلاء الذين نصفهم بأنهم لا يحسنون التصرف، ويعيشون عالة على غيرهم، وهؤلاء الذين يكونون طبقة المجرمين فى المجتمع، الذين تتكرر أخطاؤهم ويكثر توقيع العقوبة عليهم دون أن يكتسبوا من كل ذلك خبرة تؤثر فى تغيير سلوكهم.....)

- وهناك حقيقتان هامتان لابد أن نقررهما على الانحراف السيكوباتى:

ان هذه الحالات تستمر مدى الحياة وتبدأ عادة فيما لا يتعدى فترة المراهقة فى اكثر الاحيان.

أنه يبدو أن الانحراف السيكوباتى انما يرجع الى أسباب عضوية جسمانيه أو وجدانية لم نعرف بالدقة أصولها. (٦٠)

وترتبط الجرائم الضد اجتماعية بسمات نفسية سلوكية سلبية مثل عدم الاحساس بالمسئولية، ورفض النقد الذاتى، والاستدخال الضعيف للمعايير والقيم الاجتماعية، كما أن الجريمة مرتبطه بنقائص فرديه متأصله فى التركيب البيولوجى للفرد تتجدد فى اختلالات جسمية نفسية عقلية، وتتفجر على صورة سلوك عدوانى مضاد للمجتمع عنيف يظهر فى أشكال مختلفة من الانحرافات الضد اجتماعيه قد تكون محصورة ومعروفة.وقد تكون مستترة ويغفلها القانون وتسقطها الاحصائيات وفى هذا الصدد يذكر "يونج"

(....... وإذا أخذنا بعين الاعتبار مشكلة الجرائم المرتكبة فاننا نجد أن هؤلاء الذين يطلق عليهم (المجرمين) الرسميين المعروفين لدى الشرطة

والمسجلين فى الاحصائيات الجنائية لا يمثلون بأيه حال على وجه الدقة، العدد الفعلى لمرتكبى الجريمة والعائدين اليها فى أى مجتمع).

ومع ذلك فان الباحثين لا يجدون محاوله البحث عن طبيعة السلوك المضطرب والمنحرف سوى التنقيب فى المجال الفردى الضيق من خلال السجناء والذين تم اثبات جرائمهم وانحرافهم.

والسؤال المحورى آلذى يطرح نفسه فى هذا المقام هو :

لماذا يصبح فردا سيكوباتياً أى ضد اجتماعى "دون سواه" والسؤال الأخر كيف يولد المجتمع لبعض افراده هذه النماذج من الاضطرابات السلوكيه؟

وبمعنى أخر ما العلة النفسية وراء هذه الشخصيات؟

فكيف للفرد الذى يعيش فى ظل علاقات انسانية مشروعة تقدرها الأعراف وتحترمها الجماعات وتحوز على مكانة عالية فى القانون الشرعى والوضعى كيف لا يهتم بكل هذا ويقوم بفعل اجرامى يدعو الى اثارة الفوضى والغوغائية؟

السلوك الانساني الحق:

إن الحضارة الانسانية ليست في بدائية الحيوانات. فالحيوان البسيط مزود باستعدادات فطرية تدفعه الى سلوك مناسب يشبع حاجاته الغريزية اشباعا مباشرا، واذا وقف في طريقه غريم آخر تصارعا وتقاتلا وربما قتل احدهما الآخر وفاز اقواهما بالاشباع. بينما الانسان تواضع على أنظمة تتيح للفرد طمأنينة واستقرارا لا يتوفران لعالم الحيوان، وعلى الفرد أن يدفع ضريبة هذه الطمأنينة بكف بعض انانيته، فالانسان في مطلع حياته يكون بدائيا في سلوكه ولكن سرعان ما تتدخل في سلوكه عوامل دافعة أو كافة نتيجة الخبرة والاكتساب وفق ما تواضع عليه مجتمعه من أوامر وقوانين وكأن جزءا من منظمته النفسية قد تعدل بحسب مقتضيات مجد ه الانساني.... ولكن الجانب الغريزي الذي لم تهذبه الخبرة لا يختفي تماما وانما يظل قابعا في أعماق النفس.

ونظراً للدرجة الرفيعة والمنزلة السامية التي حباها الله للانسان فان التشريع السماوي نظم العلاقات الانسانية بين البشر، وشرعت أيضا القوانين الوضعية لتنظيم هذه العلاقة وامتدت يد التحريم الى كل اعتداء على العلاقات الانسانية، ومع ذلك يظل الفعل الاجرامي الذي يقترفه بعض الأفراد وحتى في ظل القوانين الصارمة في المجتمعات الانسانية.

ومن البديهى أن تتجه جهود علماء النفس وغيرهم الى دراسة بعض الظواهر السلبية التى توجد فى المجتمع. وأن يعمل علم النفس فى خدمة المجتمع وتحقيق إهدافه ويسهم فى تحريره مما يكبل طاقته من الاغلال والقيود ومن المشكلات والأزمات.(٣٥)

إنه لمن المناسب أن تعرض للشخصية العدوانية (المعادية للمجتمع) من حيث البناء النفسى القائم وراء أسلوب العدوانى مستعرضين دور العوامل النفسية والاجتماعية والاستعدادية الكامنة خلف هذا الاضطراب وذلك فى صورة شمولية.

البناء النفسى القائم وراء السلوك السيكوباتى

أجمعت الدراسات والبحوث السيكولوجية والاجتماعية الى أن جميع هذه الشخصيات العدوانية يشتركون فى تركيب سيكولوجى واحد يمكن أن يتخذ كدعامة فى التشخيص، يشترك فى هذا التركيب بيئة اجتماعية مرضية واستعدادا جبليا غير سوى الأمر الذى يؤكد الرابطة الوثيقة بين التركيب النفسى والعوامل البيئية والبيولوجية. وفيما يلى عرض للأسس الدينامية فى سيكولوجية السلوك الضد اجتماعى.

العوامل الاستعدادية:

إن هذا النوع من السلوك العداوني مرتبط بنقائص فردية متأصلة فى التركيب البيولوجى للفرد تتجسد فى اختلالات جسمية ونفسية وعقلية وتنفجر فى صورة سلوك عدوانى مضاد للمجتمع عنيف يظهر في أشكال مختلفة من الانحرافات الضد اجتماعية قد تكون محصورة ومعروفة وقد تكون مستترة يغفلها القانون وتسقطها الاحصائيات.

ولا يمكن أن نغفل ضرورة العلاقة بين الفعل اللا اجتماعى بذاته وبين العوامل النشطة فى شخصية الفاعل فجميع الأفعال لا تصدر دون أن تكون محتومة بعوامل تحدد لها نمطها سابقة عن صدور الفعل نفسه.

ولا يمكن بطبيعة الحال القول بان وراء الفعل العدوانى مؤثرات خارجية (كما يدعى أصحاب هذا الفعل) مستخدمين ميكانيزم (التبرير) لأن كلا من الظروف والأبنية النفسية والاستعدادية والتأثيرات الخارجية تأتى لديهم فى مستوى واحد. ان الظروف البيئية لا تكون ذات أثر فعال الا اذا مرت بالمرشح أى اذا مرت بالنفس فيخرج السلوك اما ايجابيا أو سلبيا وفى مثل هذه الشخصيات جاء سلوكهم مضادا للمجتمع فكثيرا ما

يوجد اناس لا يستطيعون تحقيق التوافق الكامل ذلك بسبب ما أصاب نموهم في مرحلة الطفولة من تغيرات، ولا يستطيعون أن يثقوا بقدرتهم على الحب دون تحفظ ولا يستطيعون أن يثقوا بحب شخص آخر لهم، وعادة بالنسبة لهذه الشخصيات الذين يعوزهم الشعور بالأمن يبدون عموما درجة أعظم من العدوان والكراهية اكثر من اقرانهم الذين يشعرون بالأمن والأمان.

العدوان بدلا من الحب:

يحق لنا أن نتساءل : لماذا العدوان-وليس الحب-وهو السلوك السائد في مثل هذه الشخصيات المعادية للمجتمع؟....

هذا يعود بنا الى وجهة نظر فرويد في الغرائز الانسانية، فقد قسم فرويد غرائز الانسان الى غريزتين أساسيتين.. غريزة الحب وغريزة العدوان. وغريزة الحب غريزة بناءة تتضمن حب الذات وحفظ النوع والغريزة الجنسية عموما وتعمل هذه الغريزة على البنيان وتأليف الأشياء أي بقاء الفرد والنوع.

أما غريزة العدوان فهي غريزة التدمير والهدم وتعمل على تفكيك الارتباطات وهدم الأشياء.

وغريزة الحب والعدوان- وان تعارضتا- فقد تأتلفان وتختلطان وهذا مادعى فرويد الى التوزيع الكمى او الناحية الاقتصادية (الليبدو).

وحين يولد الطفل يكون نشاط الغرائز (الحب والعدوان) متفاضلا ويتضمن النضج الانفعالى ان يكتسب المرء القدرة على مواجهة هذه الغرائز بحيث يطرد تكاملها وتوحدها فى نطاق وظائف الشخصية بدلاً من أن تظل فى صراع دائم.

كذلك بحث فرويد كيف تتغير طاقة الغرائز (الحب والعدوان) فى شخص بعينه لا سيما فى مختلف مراحل النمو الفسيولوجى، وقد تتغير اتجاهات الليبدو داخل النفس، فمن الممكن أن يوجه لليبدو الى موضوع خارجى (الحب الموضوعى) كما أن من الممكن أن يرجع الى النفس (الحب النرجسى) ومن الممكن أن يحبس (الكبت) أو أن يفصح عن نفسه بطريقة يقبلها المجتمع (التسامى). (٢٤)

اما فى الحالات المرضيـة، كمثل الشخصيات العدوانية، فيرتد الليبدو الى مراحل النمو الانفعالى البدائية (النكوص) نتيجة لتثبيته عند نقطة معينة (نقطة التثبيت) فتظهر هذه الشخصيات السادية. فهذا الشخص السادى تمتزج لديه اللذة بالتحطيم والحب بالعدوان وهذه الغريزة العدوانية توفر الطاقة اللازمة للميل التدميرى. ويؤكد فرويد أن

مثل هذه الانحرافات فى مسار السلوك السوى انما هى نتيجة لتغير يطرأ على السير السوى لنمو الغرائز.

ويذكر انتونى ستورز : (..... عندما تفشل العلاقات العاطفية الأولى قد يتحول العنصر العدوانى فى الحب كما قد يتحول الحب نفسه الى كراهية)..

هذا فى مقابل الانسان السوى الذى يجد باستمرار شعوره بقيمته ويعطى الحب ويأخذه ... يُحب ويحَب ... وهذا ما تفتقده هذه الشخصيات العدوانية.

- الطابع الساديومازوخية

إن الطابع السادى فى حل المشكلات وأضح لدى جميع الشخصيات العدوانية فبقدر توجيه قدر من العدوان الى الموضوعات الخارجية بقدر ارتداد قدر كبير من المشاعر العدوانية الي الذات ، فنتاج سلوكهم بقدر ما يصيب المجتمع بقدر ما يقودهم الى العقاب الصادم فى النهاية.

مبدأ اللذة مقابل مبدأ الواقع :

إن البناء النفسى للشخصيات العدوانية (الضد اجتماعية) يخضع لمبدأ اللذة متجاهلاً مبدأ الواقع فلم يعتادوا على ترويض انفسهم على تعديل الظروف الواقعية بشكل إيجابى نتيجة لعدم كفاءة الأنا لديهم وفشله فى التوفيق بين اشباع مطالب الهو الغريزية ، والأنا الأعلى (الضمير والأنا المثالى) فى الوقت نفسه ووفقاً لنظرية اللبيدو فقد حدث نكوص فى التنظيم اللبيدى وتم عن طريق هذا النكوص انكار الواقع. انكاراً متفاوت المدى مصحوباً بانطلاق الدوافع الغريزية بلا ضابط أو اعتبار لمقتضيات الواقع فقد تحالف الأنا لديهم مع الهو ضد الواقع، وفشل الأنا فى الحفاظ على المكبوت وبالتالى تم اعادة اللبيدو الى الموضوعات التى هجرها.

إن مقياسهم للأمور والمواقف يتم فى ضوء معيارين نفسيين هما (اللذة والألم) فما يرتاحون اليه ويلذهم يجب أن يحتذى وترجح كفه وهذا ينم عن اضطراب وجدانى.

نقص النضوج الوجداني:

إن التمركز حول الذات من أهم ملامح مثل هذه الشخصيات الضعيفة ومثل هذه الشخصيات لا تنعم بالنظام النفسي ولا النظام الاجتماعي بل هي خاضعة في تصرفاتها لما يعتمل بداخلها من وجدانات و عواطف وليس للمطالب الاجتماعية والخارجية. (٦٥)

إن الاضطراب الوجداني لديهم يجعلهم يتورطون في ارتباطات بشخصيات ملتوية السلوك لانهم حبيسو قاعدة اخلاقية واحدة لايتنازلون عنها ويظهر ذلك النمط السلوكي العدواني الذي يسيرون عليه مع عدم قدرتهم على الاعتراف بالخطأ للآخرين وأيضا أمام أنفسهم وذلك نتيجة لضعف ثقتهم في أنفسهم.

انعدام الضمير الأخلاقي:

إن كراهيتهم وعداءهم للمجتمع كنتيجه لافتقارهم الى الاحساس بتأنيب الضمير أو تأثير الذات وهم عادة لا يلومون أنفسهم بقدر ما يلومون الاقدار... الى غير ذلك ممن حولهم فيرون دائما أن فشلهم في اقامة علاقة طيبة مع المجتمع ليس بسببهم ولكن بسبب انهم معتدى

عليهم... ويرون أن ما يفعلونه من فعل اجرامى عدوانى انما هو رد فعل طبيعى على المعاملة التى يرونها قاسية.

كما أن الخوف من العقاب ليس واردا فى مثل هذه الشخصية. فعلى الرغم من فعلهم الاجرامى الذى يقدمونه للمجتمع الا انهم عادة لا يشعرون بالخوف بل تزداد مشاعر الكراهية والحقد لديهم ويشعرون برغبة فى الانتقام ونادراً ما يشعرون أو يدركون بأن العقاب الواقع عليهم يعنى عدم رضا المجتمع عنهم وفقد مكانتهم الاجتماعية فيه. وبذلك فإن الملامح النفسية لديهم تتسم بالاندفاع وينقصهم بعد النظر مع فشلهم فى محاولة تنمية علاقة حب وتصالح مع المجتمع ولهذا تتسم شخصياتهم بسمات تمشتركة نفسية سلوكية سلبية مثل عدم الاحساس بالمسئولية ، ورفض النقد الذاتى والاستدخال الضعيف للمعايير والقيم الاجتماعية نتيجة لضعف الضمير الاخلاقى لديهم.

إن حالات القلق وظواهره المتصلة به واضحة فى مثل هذه الشخصيات العدوانية والتى خلقت فى نفوس هؤلاء الافتقار الى الطمأنينة والأمن بجانب الحرمان العاطفى فى الطفولة أدى بدوره الى معالجة خاطئة للحرمان فى علاقتهم بالمجتمع كما أن مظاهر العدوان والكراهية والرغبة فى الثأر والانتقام تحولت الى المجتمع. هذا بجانب

تأثير الدوافع الشخصية لديهم والتى أدت الى الانخراط فى الطرق المريضة التى تعبر عما فى نفوسهم من عدوان مكبوت انسحب على العلاقة بالمجتمع عن طريق ميكانيزم النقل والإزاحة.

الاحباط والذكريات والخبرات المؤلمة :

إن موقف هذه الشخصيات المعادية للمجتمع انما هو بمثابة مخلفات ذكراوية لخبرات انفعالية بعينها وأن الشحنات الانفعالية الناتجة عن تلك الخبرات لم يتح لها فى سنواتهم الماضية التفريغ المناسب وانما حيل بينها وبين الافصاح وظلت منعزلة عن باقى الحياة النفسية لاتجد سبيلا للتنفيس والافصاح عن نفسها الا بعد التراكم وزيادة المواقف المؤلمة فتفجرت فى اللحظة المناسبة دون أن يدركوا العلاقة بين المواقف الراهنة والخبرات السابقة.

وهذا سؤال يطرح نفسه : كيف تتحول الشخصيات المحبطة والمقهورة والمستكينة فى لحظة الى حالة من العنف والعدوان والانتقام والاستهتار بكل القيم والعرف والعادات التى ينتمون اليها ؟....

إن مثل هذه الشخصيات تشبه ما عبر عنه فرويد فى مراحل النمو النفسى الجنسى بالتوحد بالمعتدى (وهى حيلة لا شعورية

مصطنعة) للتغلب على الخوف بيننا وأكون أنا المعتدى مع الميل اللاشعور لاختلاق أسباب غير الأسباب الحقيقية (التبرير) وما يتضمنه ذلك من خداع لأنفسهم. وكلنا نعلم ألا يقولون... وأننا نصلح المجتمع).

الأسرة وعلاقتها بالفعل الاجرامى:

لقد محت العديد من الدراسات ظلال الشك التى قد تنتابنا حول أهمية الأسرة في تشكيل و تطوير السلوك عند ابنائها ، فالأسرة هى الوحدة الاجتماعية الاولى التى ينشأ فيها الطفل ويتعامل مع أعضائها وهى الحضن الاجتماعى الذى تنمو فيه بذور الشخصية الانسانية وتوضع فيه أصول التطبيع الاجتماعى ، بل وتنمو فيه بحق كما ذهب "كولى" الطبيعة الانسانية للانسان .... وكما يتشكل الوجود البيولوجى للجنين فى رحم الأم فكذلك تشكل الوجود الاجتماعى للطفل فى رحم الأسرة. (٢٨)

ويؤكد كثير من الباحثين فى مجال رعاية الطفولة ، أن نوع العلاقة بالوالدين تحدد طريق انتقال الطفل السوى من اعتماده المطلق على غيره الى الاستقلال المتزايد و القدرة على اقامة العلاقات السوية بالموضوعات الخارجية.

وأن الحب الذى يمنحه الأبوين لطفلهما يعد فى حياة الطفل غذاء ضروريا فى نموه النفسى وهذا الغذاء لايقل أهمية عن غذائه الجسمى.(٦٠)

وإن اشباع حاجاته الطفلية الأولية يساعده ذلك على التقدم الى مراحل النمو التالية، وعلى العكس فإن الحرمان من الإشباع ينمى لدى الطفل شعور بعدم الأمن والإحباط مما يساعد على نمو الشعور العدائى للعالم من حوله بل ويستجيب فى رشده استجابات مرضية تتخذ صورا متعددة: أما الإنسحاب عن العالم والسلبية واما العنف والعدوان السافرين.

وبتعبير أنا فرويد لما سبق: (..... فى المواقف التى لم تتوافر فيها عناية الأم لسبب ما لايكتمل تحول لليبيدو النرجسى الى ليبيدو موضوعى)...

ومن الوالدين من يعجز لأسباب متنوعة عن منح أطفالهم الحب والأمن الضروريين لنمو الشخصية السوى فهم لاينقطعون عن مقابلتهم بالصد والحرمان بدلا من اثابتهم على محاولاتهم تطبيق معايير الوالدين السلوكية وما دام الطفل لايثاب على نموه فلا عجب أن ظل متعلقا فى عناد بأنماط سلوكه الطفلية، وبجانب هذا، قد يصطدم الطفل بالبيئة عن

طريق الاضطرابات السلوكية مثل (العدوان) بعد أن خاب أمله في الحصول على الحب والاستحسان مقابل ما يقوم به من جهود لكبح جماح ميوله الطفلية ... ولما كان هؤلاء الأطفال عاجزين عن أن يُحبوا وأن يحبوا وأن يقيموا العلاقات بغيرهم فهم يوجهون إلى أنفسهم جل طاقاتهم الليبيدية فيحبون أنفسهم بينما يصوبون عدوانهم إلى البيئة الخارجية والعلاقات التي يكونونها من النوع النرجسي تظل إلى حد بعيد رهن أهوائهم .. ولما كانوا يريدون ما يريدون حين يريدونه كان عدهم للخير والشر خاضعا لحاجاتهم إلى اشباع رغباتهم الاندفاعية اشباعا مباشرا ... (٢٤)

وبناء على ما سبق فإن العلاقات الموضوعية الناضجة تشتمل على البذل والأخذ الانفعالين وتساعد الطفل على أن يؤجل الكثير من غرائزه العدوانية وأن يتخلى عنها أو يغير وجهتها إن أراد أن يصبح كائنا اجتماعيا.

وليست الأسرة أول خطوات الفرد نحو الإرتباط السوى بغيره فحسب ولكنها ايضا نموذج للعلاقات الجماعية التالية...

إن الشخصيات العدوانية نشأت في بيئات لا تجد فيها العطف والحب ولا ضابطا لسلوكهم ودائما ما يشعرون بأنهم كانوا غير

مرغوب فيهم فى بيئتهم الأسرية.... فجميعهم لم يخبروا قط الشعور بالأمن والاطمئنان فى معظم مراحل حياتهم وبالتالى لم يعرفوا معنى التضحية والسمو بالأخلاق مما جعلهم ينحدرون الى مثل هذا المستوى المتدنى الذى نراه فى سلوكهم من ميول عدوانية وضعف الضمير والشعور بالنرجسية، وفقدان القدرة على التكيف الناجح، يميلون الى اتخاذ مواقف عدائية كما يميلون الى استغلال الأخرين والى الحاق الضرر بهم فقد حدث تعطل وفشل فى نموهم الانفعالى فى اقامة علاقة اجتماعية سوية نتيجة للاتجاهات السلبية نحو المجتمع التى يحملونها من طفولتهم بسبب النبذ والانفصال والتصدع داخل أسرهم المريضة التى عاشوا فى ظلها.

ويحضرنا هنا قول مصطفى زيور: (انه لا يوجد فى حقيقة الأمر أطفال مشكلون وإنما يوجد آباء مشكلون فحسب...).(٥٧)

فجميع الشخصيات العدوانية يتميزون باللامبالاة وعدم الاهتمام اطلاقا بمشاعر الأخرين والانانية والميل الى الاستيلاء على ما يريدون فى الحال بصرف النظر عن حاجات أو حقوق الأخرين وهذا نتاج لما تعرضوا له فى حياتهم الأولى داخل أسرهم التى يعوزها الحب الحقيقى،

ونتيجة لأبنيتهم النفسية الضعيفة جعلتهم قابلوا الفشل في حب أسرهم بعداء شديد للمجتمع بأسره.

إن مبدأ الحتمية النفسية الذي يقول (إن الظاهرات النفسية لا تتم جزافاً) ينطبق على هذه الشخصيات فإن حالة العدوان نحو الوالدين انتقلت الى المجتمع فحدث نقل للمشاعر الطفلية المكبوتة في الطفولة من الأول الى المجتمع وذلك حين سنحت الفرصة للتمرد على المجتمع افصحت عن نفسها في شكل جرائم العدوان.

وهناك مبدأ وصل اليه عديد من العلماء مؤداه أن الأبناء السعداء يخرجون ابناء سعداء.(١٤)

وهذا يتفق مع ماذكره "زيور" عن الوراثة السيكولوجية... فيقول: (... إن الوراثة فكرة لاشخصية يتقاسمها الأجداد من الناحيتين ولذلك لم يكن للمسئولية الشخصية وجود عملي... أما التحليل النفسي فيؤكد التأثير المباشر للآباء في ابنائهم أي نوع آخر الوراثة يمكن أن نسمية الوراثة السيكولوجية..

التعصب واختلاف القيم الدينية

إن مركز مشكلة التعصب الذى تدور حوله كل مظاهره انما هو العدوان وقابليته للنقل.

إن التعصب يؤدى وظيفة نفسية خاصة تتلخص فى التنفيس عما يختلج فى النفس من كراهية وعدوان مكبوت وذلك عن طريق عمليتى النقل والابدال دفاعا عن الذات والمتعصب يجنى من موقفه كسبا وهميا ناقصا يفوت على صاحبه فرصة حل اشكاله حلا رشيدا واقعيا مجديا. (٥٧)

كما ان التعصب اذا وصل الى مستوى معين من الحدة يصبح عاملا من عوامل هدم قوة المجتمع.

وفى اعتقادنا أن التعصب الدينى ما هو إلا نتاج لعدم التقدير لمسائل الدين المرتبطة بالقيم الرفيعة والأهداف السامية مما جعل الشخصية المتعصبة قابلة للاثارة الخارجية من شخص أو جماعة وتبرير ذلك بأنهم جميعا يحافظون على القيم الدينية ولكن فى الواقع ان سلوكهم ماهو إلا نتاج لاختلاف القيم الدينية لديهم وعدم امتصاصهم

للقيم الدينية الصحيحة التـى تتميز بـالمودة والرحمـة إزاء الآخرين ولا يكون للعدوان فيها مكان إلا بقدر ما تتضمنه الحياة من الكفاح.

ونخلص مما سبق أن الشـخصية العدوانيـة (المعاديـة للمجتمـع) يتهدم فيها الاتزان والوحدة والتلاؤم وتحوى فى ثناياهـا تيـارات متعددة متصـارعة كل منها يسير فى اتجاه مستقل ويظهـر ذلـك جليـاً فـى عدم قدرتها على الخروج من النطاق الذاتى إلى النطاق الموضوعـى، وتقـوم بترجمة الوجود الاجتماعى من حولها فى ضوء معايير ذاتية بحتـه دون أدنى اعتبار للمعايير الاجتماعية التى اتفق عليها المجتمع بأسره وجعلهـا أساساً لتقويم المواقف والسلوك.

إن تصدع العلاقـات الانسـانية هـو لـب الشـخصيات المعاديـة للمجتمع فيكون الموت النفسى بما هو اجتماعى أى بفناء الفرد بمـا هـو انسان ويسيطر فى هذه الحالة العدوان والكراهية ونزعات التدمير علـى حياة الفرد. (٥٧).

الأسرة والصحة النفسية

إن الأسرة التى يعيش فيها الفرد ذات أهمية كبرى فى بناء شخصيته وصحته النفسية، لأنها أول مؤسسة تتسلمه وتنقل له الميراث الحضارى وتعلمه من هو، وما علاقته بالمجتمع، فهى الوحدة الاجتماعية الأولى التى ينشأ فيها الفرد ويتفاعل مع اعضائها وهى التى تسهم بشكل أكبر فى الاشراف على نموه وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه.

لقد ثبت لدى الباحثين بشكل قاطع تأثير السنين الاولى من العمر فى باقى حياة الانسان. وقد وجد أنه اذا ما لبيت حاجات ورغبات الطفل فى الأشهر الأولى إلى الطعام والراحة والمحبة، وغير ذلك أنه يكون حظه فى حياة مستقبلية سعيدة أكبر بكثير مما لو لم تلب تلك الحاجات الأساسية، وقد أصبح من المعتقد السائد اليوم أن مشاكل الكبار النفسية من قلق وشراسة وشقاء فى الحياة الزوجية وما شابه ذلك تعود جذورها الى السنين الأولى من العمر، وإن اضطرابات الشخصية والمشاكل الاجتماعية من انحرافات المراهقين وكثرة الطلاق ومشاكل الزنا والأنانية وقلة الشرف وفساد الضمير بل وحتى الحروب كلها تبذر بذورها فى السنين الثلاث أو الأربع الأولى من العمر. (٦٢)

ويذهب دارسو الانحرافات والأمراض النفسية الى أن نقص العلاقات الأولية المبكرة مسئول عن كثير من الشخصيات السيكوباتية، تلك الشخصيات التى لم تنشأ عندهم طبيعة انسانية حقيقية لأنهم لم يخبروا علاقات اجتماعية وعاطفية سليمة فى جماعات أولية.

إن الطفولة التى يجد فيها الطفل اشباعا ورعاية لشئونه، سوف تعطى الطفل احساسا بالطمأنينة المريحة فى العالم الذى يحيط به بحيث يراه مكانا آمنا يعيش فيه وليس مكاناً بارداً لايهتم به أو مكانا معاديا لابد أن يحمى نفسه منه. (٢٨)

وتبدأ علاقات الفرد الاجتماعية والتى تكسبه الشعور بقيمته وذاته مع أفراد أسرته، حيث أنه من خلال هذه العلاقات الأولية ينمى خبرته عن الحب والعاطفة والحماية، ويزداد وعيه لذاته، ويزداد نموه بزيادة تفاعله مع المحيطين به وقيامه بدوره الخاص وينمو لديه شعور بالطمأنينة وعن طريق هذا التفاعل تأخذ شخصيته بالتبلور والاتزان.(١٨)

إن الأنماط السلوكية الأسرية تحدد ما سوف يفعله الوليد البشرى فى مستقبل حياته أو مايستطيع أن يفعله لكى يحصل على الإشباع والرضا وعلى ذلك فان الأسرة هى التى تكون وتنمى شخصيته.

وتعتبر الأسرة الحضن الاجتماعى الذى تنمو فيه بذور الشخصية الانسانية وتوضع فيه أصول التطبيع الاجتماعى، بل تتحدد فيه بحق كما ذهب كولى "الطبيعة الانسانية للانسان" كما يتشكل الوجود البيولوجى للجنين فى رحم الأم فكذلك يتشكل الوجود الاجتماعى للطفل فى رحم الأسرة وحضنها.(٢٨)

ولقد محت العديد من الدراسات النفسية أى ظلال شك قد تتابعنا حول أهمية سلوك الأم فى تشكيل وتطوير السلوك عند الطفل، فلقد أشار كل من جولد فارب الى أهمية دور الأم فى عملية تطبيع وليدها، وأنه عندما يعتنى بالحاجات الفسيولوجية الأساسية للأطفال ولكن دون أن يلقوا علاقة مناسبة مع الشخصية التى تقوم محل الأم، فاننا نلاحظ تأخيرا فى نموهم غالباً ما يحدث بصورة قاطعة، وأن حرمان الطفل الصغير لفترة طويلة من عناية الأم قد يكون له آثار خطيرة وعميقة على خصائصه وشخصيته وبالتالى على مستقبل حياته.

ومن القواعد المتفق عليها الآن أن أول أساس لصحة النفس انما يستمد من العلاقة الحارة الوثيقة الدائمة التى تربط الطفل بأمه أو من يقوم مقامها بصفة دائمة وأن أى حالة تحرم الطفل من هذه العلاقة

"الحرمان الأمومي" تظهر آثره في تعطيل النمو الجسمي، والذهني، والاجتماعي وفي اضطراب النمو النفسي.(٦٠)

وقد ثبت علمياً أن رضاعة الطفل من ثدي أمه تمنحه الحنان والثقة والأمان وأن أكثر الأمراض النفسية والجسمية مصدرها الرضاعة الصناعية، وأن التصاق الطفل بالأم لمدة(٤٥) دقيقة له أثر فعال في زيادة الرابطة بين الأم والطفل.

ويؤكد كثير من الباحثين في مجال رعاية الطفولة على أنه بالنسبة للمؤسسات التي ترعى الأطفال فإن بيت الطفل الأسري حتى وإن كان غير مناسب أفضل من أية مؤسسة أخرى تتصف فيها رعاية الأطفال بالرتابة والافتقار إلى علاقات الحنو بين الطفل والوالدين.(٢)

إن الحب الذي يمنحه الأبوين لطفلهما يعتبر في حياة الطفل غذاءاً ضرورياً في نموه النفسي، هذا الغذاء لا يقل أهمية عن غذائه الجسدي.

إن الأسرة هي البيئة الأولى التي يرجع إليها العمل الحاسم في عملية الميلاد الثاني للطفل كجماعة أولية........ حيث تهيئ استعداداته

البيولوجية والنفسية ليغدو لبنة صالحة متهيئة لعملية التنشئة الاجتماعية التى تكسبه ثقافة الجماعة ونظمها وحكمتها.(٦٠)

ليست الأم فقط ذات دلالة فى عملية التطبيع الاجتماعى للطفل ولكن الأب أيضا له دوره الهام والمؤثر فى مجرى تكوين الطفل ونموه فالطفل مسئولية الوالدين فى سنوات عمره الأولى ومما لا شك فيه أن العلماء فى أكثر من ميدان جسميا وبيولوجيا واجتماعيا يتعاملون مع الطفولة باعتبارها مرحلة هامة من مراحل العمر الانسانى لابد أن تدرس بمناهج العلم المختلفة لتبحث فى ثناياها عن كافة الظواهر السلوكية محاولين الكشف عن قوانينها التى تحكم تطورها علنا نصل الى أفضل الوسائل التى تمكننا من تدعيم أساس الشخصية فى تلك المراحل المبكرة بهدف تحقيق أفضل مستوى ممكن من الصحة النفسية للطفل تؤهله لأن يكون فردا نافعا لمجتمعه فى المستقبل.

إن الحاجة الى العطف والحب والطمأنينة من الحاجات الأساسية للفرد منذ يومه الأول، وأن هذا الاحتياج ليزداد ويقوى يوما بعد يوم ومن أهم عواقب حرمان الفرد من العطف والحنان والمحبة فى سنينه الأولى هو عدم قدرته على محبة الأخرين أو تلقيه المحبة منهم فيما بعد.(٦٢)

الأسرة والتوافق الاجتماعي:

أكد عديد من الباحثين أن النمو الاجتماعي ابتداء من مرحلة الرضاعة يتأثر بالجو الأسري العام، والعلاقات الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، ويحتاج الطفل الى النمو الاجتماعي في جو أسري دافئ وهادئ ومستقر، والى مساندة والديه وأيضا الى الشعور بالتقبل في اطار الأسرة، وعلى العكس فان شعور الطفل بالرفض يؤدي الى سلوك غير مقبول وأعراض واضطرابات أخرى والى سوء توافقه الاجتماعي.(١٥)

ونستطيع أن نرجع السمات الأساسية للسلوك الاجتماعي للفرد الى المرحلة الأولى من حياته والى علاقته بأفراد أسرته واتجاهات هؤلاء الأفراد وأنماط سلوكهم، فسلوك الأفراد المحيطين بالطفل وتفاعلهم معه هو الذي يحدد اتجاهات تكوين ذات الطفل ويصبغ شخصيته ويشكلها. (٦٠)

ويؤكد بعض الباحثين على ضرورة تفاعل الوالدين مع أطفالهم اثناء نموهم الاجتماعي وأن تخلف أي من الأب أو الأم عن هذا التفاعل تحت أي ظروف طارئة أو مستديمة يشكل عاملاً سلبياً خطيراً في الاستقرار والنمو الشخصي والاجتماعي للأطفال (٤٨) وخاصة اذا

علمنا ان أهم مطالب النمو الاجتماعى فى هذه المرحلة أن يتعلم الطفل كيف يعيش مع نفسه وكيف يعيش فى عالم يتفاعل فيه مع غيره من الناس ومع الأشياء ومن مطالبه أيضا نمو الاحساس بالثقة التلقائية والمبادأة والتوافق الاجتماعى. ويزداد وعى الطفل بالبيئة الاجتماعية ونمو الألفة وزيادة المشاركة الاجتماعية. (١٦)

كما يأخذ النمو الاجتماعى مساره من خلال التفاعل بين الطفل والمحيطين به فى اطار ثقافة معينة متميزة عن غيرها بما تتضمنه من لغة وقيم ومعايير سلوكية بحيث يتوفر له اكتساب خبرات اجتماعية لـه الأمان والاطمئنان وسط جماعة يشعر بتماثله معها وعلى هذا الأساس، فان الثقة المتكاملة السائدة فى الوسط المحيط بالطفل فى مراحل تنشئته الأولى وخلوها من المتناقضات لها أكبر الأثر فى التوافق الاجتماعى للطفل وتكامل شخصيته.(٢)

إن أول بزوغ لثقة الطفل بالعالم والمحيطين يستمدها من ثقته بأمه والتى تبدأ منذ مرحلة الرضاعة، فترة مارجريت ريبل (... ان تناول الرضيع وتدليله وهزه يمده بقدر كبير من المتعة ويسهم فى إيجاد تعلق إيجابى بينه وبين أمه، فالأم مصدر متعة ولها قيمة ثانية فهى مصدر الغذاء والاتصال اللمسى والتخفف من الألم والدفء، من خلال

هذا كله تتكون الاتجاهات الأساسية نحو الأم، وهذه الاتجاهات اما أن تكون ايجابية أو سلبية أو مزيجاً متصارعاً من الايجابية أو السلبية. وقد يقوم الطفل فيما بعد بتعميم هذه الاتجاهات في استجاباته الاجتماعية. (١٦)

وإن الجمود والقسوة في الرضاعة والتغذية في مرحلة المهد تؤدي الى الاعتماد في مرحلة الطفولة المبكرة وأن الطفل المرفوض يكون أكثر اعتمادا على الآخرين.

إن من أعظم حقوق الولد على أمه تغذيته بارضاعه من ثديها لأن الله تعالى لما وهب الولد للوالدين، فقد جعل غذاءه من لبن أمه وأعده لذلك اعدادا فطريا، فلبن أمه غذاءه الوحيد الكامل الذي يستطيع هضمه وامتصاصه من ثنايا العطف الغريزي الذي يشعر به وهو يجلس في حضنها ويرضع من ثديها والذي يتكيف مع ما يناسب حالته وسنه. (٤١)

ودلت الدراسات أنه كلما كان ضبط سلوك الطفل وتوجيهه قائما على أساس الحب والثواب أدى ذلك الى اكتساب السلوك السوي والسيطرة بطريقة أفضل في ضبط سلوك الطفل ونمو مشاعره بالاثم

عندما يقوم بسلوك غير ملائم، وكلما قل دفء الوالدين وكلما زاد عقابها للطفل أدى ذلك إلى بطء نمو الضمير لديه. (١٦)

إن ما يتعلمه الطفل في محيط يحتل مكانة هامة ولهذا يعتبر الوالدان عاملا للتفاعل أكثر أهمية من سواهما ممن يتفاعل معهم الطفل وسرعان ما يتعلم الطفل أنه من خلال تأثير شعور الوالدين؛ يستطيع إلى حد ما السيطرة على ما يحدث له ، ولقد لخص أحد الباحثين هذا الموقف بقوله: إن الطفل ينتحل كل السلوك الخاص بوالديه وبنفس الطريقة. (٤٧)

وتدل الدراسات الكلينكية أن الأسرة المضطربة تنتج أطفالا مضطربين وأن الكثير من اضطراب الطفل ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة المتمثل في الظروف غير المناسبة وأخطاء التربية والتنشئة الاجتماعية..... إن الوالدين هم أول المسئولين عن رعاية النمو الاجتماعي للطفل ولهما دورهما الايجابي في التنشئة الاجتماعية للطفل. (١٦)

وإن عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم القصد منها أن ينمى لدى الفرد الذي يولد ولديه إمكانيات هائلة ومتنوعة أسلوبا فعليا مقبولا ومعتادا وفق معايير الجماعة التي ينتمي إليها. (١٢)

وتؤكد بعض الدراسات على ضرورة توفر بعض الشروط الأساسية لكى تتحقق تنشئة اجتماعية ملائمة وصحيحة، وفى مقدمتها شرط ينطوى على أن الطفل حديث الولادة يدخل مجتمعا موجودا بالفعل له قواعده ومعاييره وقيمه واتجاهاته، وبه بناءات اجتماعية عديدة منتظمة ومنمطة، ومع ذلك تتعرض للتغير باستمرار، ولا يكون الطفل الوليد -غير المهيأ اجتماعيا - أى دراية بتلك العمليات وتصبح مهمة أنماط التفكير والشعور والعمل فى مثل هذه الحال هى تحديد الوسائل والطرق التى يجب أن يمر عليها "القادم الجديد" وأن هذه الوسائل والطرق هى التى تشكل عملية أو عمل التطبيع الاجتماعى.

الأسرة والتوافق النفسى:

يحتاج الطفل فى نموه الانفعالى وباعتباره كائنا اجتماعيا الى اشباع حاجات نفسية أساسية عنده. وتتأثر شخصيته تأثرا كبيرا بما يصيب هذه الحاجات أو بعضها من اهمال أو حرمان، وتتأثر بصفة عامة بالأسلوب أو الطريقة التى تواجه بها هذه الحاجات ومن أهم هذه الحاجات حاجة الطفل الى التجاوب العاطفى فى دائرة الأسرة (أى تبادل المحبة والحنو مع الوالدين) وتشبع هذه الحاجة فى بادئ الأمر عن طريق الأم عندما تحمل رضيعها الى صدرها وعندما تربت عليه

وتداعبه ويستجيب الطفل الى حنو أمه عليه ويقابله بحنو نحو أمه يأخذ فى الوضوح شيئا فشيئا. (٣٢)

ويؤكد علماء النفس على الأهمية البالغة لهذه العاطفة المتبادلة بين الطفل وأمه والتى ينشأ مثلها فيما بعد بين الطفل وأبيه، وبينه وبين أخوته على مستقبل شخصيته وصحته النفسية.

وقد دلت ملاحظاتهم على أن كثيراً من حالات انحراف الاحداث والكبار أيضاً مرجعه الى افتقاد الحب والأمن فى الطفولة. كما ثبت أن أطفال الملاجئ والمؤسسات الذين حرموا من الأم لا يكونون فى مستقبلهم فى سوية الأطفال الذين تمتعوا بحنان الأم وعطفها.(٢٧)

وأن هناك من الأفراد من وطن نفسه على عدم توقع الحب من أى من الناس نتيجة لافتقاده الحب صغيرا، فتجمدت لذلك عاطفته واصطبغت نظرته الى الحياة بالتشاؤم أو اللامبالاة، وأسرف فى الاتجاهات الواقعية المادية، ومن الناس أيضا من يسرف فى البحث عن اللذة الحسية أو المال أو السيطرة أو القوة وليس سلوكهم هذا أسلوبا للتعويض عما افتقدوا من حنان فى طفولتهم. (٣٢)

الأم هى نقطة انطلاق الطفل وحجر الزاوية فى تطور نموه النفسى وهى بالنسبة له المعين الأول لكل ما قد يحس به من حاجة والكافلة الأولى لكل رغباته، وبما أن سد حاجاته يعنى التخلص من التوتر وتبديد الطاقة المحشودة فيه. فانه من الواضح أنه يجلب لنفس الصغير الراحة والهدوء والأمن.

وقد أكدت البحوث أن الطفل المحروم من الوالدين يعانى من مشكلات أهمها الحرمان الانفعالى من الحب والعطف والحنان والى تكوين العقد النفسية مثل الشعور بالنقص، وأن خبره الرضاعة السارة تعتبر شرطا ضروريا لهدوء الطفل انفعاليا. ولنمو اتجاهات اجتماعية سوية لديه، وأن خبرة الرضاعة السليمة تزيد من ثقة الطفل بالعالم وتجعله متفائلا فيما بعد وأقدر على العطاء، أما اذا كانت خبرة الرضاعة مشوبة بالألم والحرمان فان ذلك يولد مشاعر الغضب والعدوان.

وأن ارضاع الوليد من ثدى أمه يحقق هدفين هما الرضاعة الغذائية والرضاعة الانفعالية لما يرتبط بعملية الرضاعة من احساس الرضيع بالدفء والحب والحنان. ان اللبن لبن الأم- هو أكمل غذاء جسمى والحب هو أشهى غذاء نفسى. (١٥)

إن الأب والأم كلاهما مسئول، والعلاقة الأسرية المطلوبة تتحقق بوجود تلك المسئوليات، فالطفل منذ أن يولد وهو فـي حاجـة إلـى تربيـة من أمـه وأبيـه علـى السواء، ولا يجوز أن يترك الطفل لأمـه تتحمـل وحدها مسئولياته، فالأب ملازم للأم فى تربيـة الأبنـاء فهنـاك حاجـات ومتطلبات وأساسيات للطفل ينبغى أن يتولاها الأب وهناك أخرى ينبغـى أن تتبناها الأم .... "كلكم راع وكلكم مسـئول عن رعيتـه" ... ويلاحـظ أن الاتجاه السالب نحو الحمل من العوامل البيئيـة التـى لهـا تـأثير علـى الحالة الانفعالية لـلأم أثنـاء الحمل وبالتـالى ينتقل تأثيرهـا علـى الحالـة الانفعاليـة للجنين ويبدو ذلك جليا فى حـالات الحمل غـير الشـرعى ومحاولات التخلص من الجنين، ويؤدى حمل السفاح إلـى اضطرابـات نفسية خطيرة حيث تشـعر المرأة بالاثم المرتبط بـالحمل والضغـوط الاجتماعية وتهديد المستقبل، فالحمل يحتاج من الأم إلى استعداد نفسي له لتحمل مسئولية الوالدية، ووجود الأب إلى جانبها يشاركها تلك المسئولية مما يشعرها بالاطمئنان على مستقبلها معا.

وتدل نتائج البحوث أن الحرمان الانفعالى الذى يعانى منه الطفل الذى يوضع فى مؤسسة يعنى نقص أو انعدام التبادل الانفعالى الموجـب بين الطفـل وشـخص آخر يحتـاج إليـه ليرعى نموه وأن إيداع الطفل بالمؤسسة ينقصه الفرص المتاحة لتعلم السلوك الانفعـالى السوى فليس

فى المؤسسة من يتوحد معه ويتقمص شخصيته ومن يثق فيه وليس فيه نموذج تقتدى به فيؤثر غياب الأب أو الأم فى تعليم الطفل السلوك الذكرى أو الأنثوى ويلاحظ أن وجود الأب يؤدى الى اكتساب الابن السلوك الذكرى بدرجة واضحة بالمقارنة بحالة غياب الأب.(١٥)

إن ظروف التربية والتنشئة الخاطئة لها آثار سلبية على صحة الطفل النفسية فظروف الرفض أو نقص الرعاية والحماية والحب يؤدى الى عدم الشعور بالأمن والشعور العدائى والتمرد وعدم القدرة على تبادل العواطف والخجل والعصبية وسوء التوافق والخوف من المستقبل.

إن حرمان الطفل من والديه يؤثر تأثيراً كبيراً على شخصيته وطباعه وتطوره العقلى والانفعالى والاجتماعى وهذه التأثيرات قد لا تتراجع أبدا وتستمر مدى الحياة ان كانت شديدة. فان فقدان أحد الوالدين أو كلاهما يمثل خبرة أليمة وهزة عاطفية لها تأثيرها السالب على صحته النفسية فيما بعد، ولقد اكدت الدراسات النفسية أنه لا يجوز فصل الطفل عن أمه فى السنتين الاوليتين بحال من الاحوال لذا أن ذلك يؤدى الى فقدان الاطمئنان النفسى عنده والى المشكلات السلوكية المختلفة.(٦٢)

وأكد الدراسات الكلينيكية المختلفة أن حرمان الطفل من الحب يرتبط ارتباطا واضحا بزيادة أعراض القلق الصريح لديـه كزيـادة المخاوف واضطراب نومه وفقدان شهيته للطعام وضعف ثقته بنفسه وشعوره بالتعاسة.

لقد ثبت علمياً أن الطفل يتأثر بما يحيط به من الحنو أو القسوة تأثراً عميقاً يصاحبه بقية حياته وعمره ويشمل نواحيه الصحية والنفسية والاجتماعية، فشراسة الخلق، والقسوة والحقد على المجتمع تنغرس فـي نفوس الأبناء الذين حرموا حنان الأمومة حتى يشب هـؤلاء شاذين عن المجتمع يميلون إلى الانحراف عن نظام الأمة ومعاييرها.

إن الأطفال المحرومين من الأسرة قد يظهرون مجموعـة مـن الأعراض منهـا الصدمـة الانفعالية والتبلد الانفعـالي والقلـق ونقـص التركيز وعدم الاكتراث بالناس، لأنه لم يسبق في حياتهم أن كان النـاس مصدر اثابة موجبة لوجودهم فـي مجال نفسي ضيق نـاقص الخبرات يتعرضون لسوء عملية التنشئة الاجتماعية في إطـار غـير طبيعـي فيخرجون صفر اليدين من الخبرات البناءة ولهذا كله يعتبر البعض أن أفقر الأسرات أفضل من عدمها، ويذكر بولبي "حتى ما قد يسميه غالبية النـاس بـالأم السيئة، هي في الحقيقة أفضل من عدم وجود أم على

الاطلاق أى أن ترك الطفل مع سيئة، عادة ما يكون مفضلا عن تعريفه للحرمان منها).

وأن أبعاد شخصية الفرد وطباعه تتكون خلال السنوات الأولى من حياته فى نطاق الأسرة أى فى مجال العلاقات بين الطفل واخوانه وأقربائه الذين يشاركون الأسره معيشتها. (٤٣)

كما أن اعتماد الطفل على والديه يجعله لايشعر بالاستقرار والامن الا فى جوارهم وأنه فى حاجة مستمرة لوجود من يأمن على جواره وتستمر هذه الحاجة مع الطفل وتتدرج معه فى مراحل حياته المختلفة وأن الفرد فى حاجة الى غيره والشعور بأنه ينتمى الى جماعة منذ اللحظات الأولى من حياته. فالطفل الصغير يعتمد على أمه فى الشهور الأولى من حياته فى كافة متطلبات هذه الحياة ثم على أمه وأبيه وكافة أفراد أسرته، فمن الأسرة يكتسب السلوك الاجتماعى وأغلب القيم والاتجاهات التى توجه سلوكه وتتحكم فى تصرفاته وغير ذلك من النواحى التى توجه سلوكه وتطبعه بطابع معين يلازمه بقية حياته (١) بالانسان يحتاج إلى الأسرة طفلاً وشاباً وراشداً ومسنا .

والأسرة هى أهم عوامل التنشئة الاجتماعية وهى أقوى تأثيرا فى شخصية الفرد وتوجيه سلوكه، وأن الوظيفة الحقيقية للأسرة تتمثل

فى بناء وتكوين الشخصية الثقافية الاجتماعية للفرد فى إطار جماعة صغيرة تتميز بأن أفرادها يجمعهم مشاعر وأحاسيس مشتركة، وألفة وتآلف. (١٧)

وقد بينت الدراسات أن التباين فى النمو النفسى والاجتماعى للأطفال يرتبط ارتباطا وثيقا بنوعية العلاقة أو التفاعل بين الوالدين ونوع الخبرة التى اكتسبوها من جميع الهيئات التى تمارس عملية التربية بالنسبة لهم، هى بذرة تحتاج الى بيئة اجتماعية متكاملة تساعده على تحقيق نمو متين النسيج لحمته الرعاية وسداه التربية.

لذلك ينصح رجال الصحة النفسية بألا يحرم الطفل من أمه ومن حمله الى صدرها حتى اذا اضطر الحال الى استخدام مرضعة او إلى التغذية الصناعية كما ينصحون بأن يعهد بالأطفال اليتامى والذين لاعائل لهم الى أسر أخرى تتبناهم كلما كان ذلك متاحا، أما اذا اضطر الأمر الى إيداع بعض الاطفال فى مؤسسات فانهم يرون أن تقوم على الاشراف عليهم سيدة وثيقة واحدة لاتستبدل من حين لآخر، حتى يستطيع الطفل أن يقيم علاقة وثيقة وأن يشعر بالدفء العاطفى مع هذه الأم البديلة، وبذلك يمكن الاقتراب بهم من الوضع الطبيعى فى الأسرة.(٣٢)

ويتفق جميع علماء التربية والصحة النفسية على أنه تظل الأم هى الأساس المركزى والينبوع الأصلى لأمن الطفل طوال فترتى الرضاعة والفطام بصفة خاصة وتظل ثقة الطفل بأمه الذخيرة التى يشتق منها ثقته بالناس والمجتمع وغياب الأم أو انفصالها من العوامل الأساسية التى تزلزل أمنه وتشعره بالضياع والشقاء وتغرس فى نفسه الشعور بالحيرة والارتباك والبلبلة ولهذا نفهم سر الحضانة فى الاسلام للأم.(١٢)

إن جو الحرمان له تأثير ليس فقط على حاضر الطفل بل وأيضاً على توافقة فى مستقبل أيامه كفرد وكزوج أو زوجة تقيم أسرة جديدة وكتبت عالمة التربية والصحة النفسية (باروس).

(.. حين يصل الطفل الى هذا العالم يجد جوا خلقه هذان الشخصان اللذان يعتبران آباء له – وليس من شك أن الوالدين اللذان يفشلان فى خلق السعادة لابد أن يختلف جو منزلهم عن ذلك الذى يخلقه أبوان يجد كل منهما فى الأخر السند والقوة الثابت – فعلاقة الوالدين أحدهما بالأخر هى أساس الجو العاطفى الذى ينشأ فيه الطفل ويجد فيه توافقاته الأولى مع الحياة. (٥٢)

هذا، وقد قامت المؤلفة بدراستين (٢٢)، (٢٣) أولهما عن الحرمان من الوالدين فى الطفولة المبكرة وعلاقته بالصحة النفسية والتوافق الاجتماعى على عينة من أطفال (مجهولو الوالدين) ويعيشون فى مؤسسة إيوائية، وعينة أخرى من الأطفال ذوى الأسر الطبيعية، وتوصلت إلى أن هناك فروق جوهرية على أبعاد (التوافق الشخصى والتوافق الاجتماعى لصالح عينة الأطفال ذوى الأسر الطبيعية).

وثانيهما دراسة عن الانفصال عن الأسرة فى الطفولة وعلاقته بالاكتئاب وتوصلت إلى ارتفاع درجات الأطفال المنفصلين عن أسرهم على مقياس الاكتئاب بالمقارنة بالأطفال ذوى الأسر الطبيعية.

وهكذا يؤكد نتائج الدراستين الدور الهام الذى تقوم به الأسرة فى صحة الطفل النفسية والتى هى أساس للصحة النفسية فى مراحل عمره التالية، فإن التباين فى الصحة النفسية للأفراد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بنوعية العلاقة والتفاعل بين الفرد والأسرة.

وفي دراسة أكلينيكية عن (اساءة معاملة الاطفال) (٦٦) يدرس فيها الباحث لدراسة الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تتركها صدمات الاساءة والاهمال في نفوس الأطفال الضحايا ومدى الأثر الذي تتركه على علاقتهم بموضوعاتهم (الوالدين) وقد حاولت الدراسة الوقوف على النقاط التالية :

- ما اذا كان هناك نوع محدد من الاضطرابات السلوكية والنفسية المشتركة بين هؤلاء الاطفال .

- مدى اضطراب العلاقة بالموضوع من خلال دراسة الأبعاد الاتية :
  - الاعتمادية مقابل الاستقلالية .
  - هل يميل هؤلاء الأطفال الى ارجاع السمات السيئة الى ذواتهم أم الى الموضوعات الخارجية .
  - مدى قدرة الأطفال والأباء على الفصل بين مشاعرهم ومشاعر الطرف الآخر .

وقد تكونت العينة من ثلاث أطفال (اناث) أعمارهن (٤,٥ - ٨,٥) سنوات وكن يعانين من اضطرابات سلوكية ونفسية نتيجة الاساءة السلبية والايجابية من قبل آبائهن عليهن .

- وقد أستخدمت الدراسة أداتين : الاولى : هي اللعب كوسيلة تشخيصية وعلاجية ، والثانية : هي الملاحظة المباشرة وتسجيل الجلسات وذلك لتحقيق الأهداف الاتية :

١- مساعدة الاطفال على التغلب على الضغوط النفسية ، التي سببتها لهم خبرة الاساءة.

٢- السماح للاطفال بالتعبير عن انفعالاتهم وتخيلاتهم ومخاوفهم بهدف التعرف عليها من قبل الطفل والباحث.

٣- ملاحظة مدى التغير والتحسن في الاضطرابات النفسية والسلوكية نتيجة للعلاج باللعب.

وقد أظهرت الدراسة ما يلي :

<u>أولا : فيما يخص الأباء</u> :

١- ميل الاباء المستمر للتنافس مع أطفالهم ، والتفوق عليهم ، وجذب اهتمام الباحث.

٢- بالرغم من توقف الأباء عن الاساءة البدنية الا أنهم استمروا في لوم الاطفال ودفعهم الى لعب دور الضحية.

٣- كان الأباء غير قادرين على التفرقة بين انفعالاتهم وغضبهم وانفعالات وغضب أطفالهم.

<u>ثانيا : فيما يخص الأبناء</u> :

١- ان الاطفال قد تكيفوا مع الاساءة بأعراض نفسية واضطرابات سلوكية مختلفة.

٢- ابدى الاطفال عدوانية وعدم قدرة على التحكم في انفعالاتهم خاصة انفعال الغضب ومشاعر عدم الثقة.

٣- أبدى الاطفال زيادة فى لوم الذات وانخفاض فى تقديرها .

٤- بالرغم من محاولات الاطفال للاستقلال ، الا أنه قد ظهرت عليهم علامات وسلوكيات تدل على عدم الرغبة فى الاستقلال .

الطفل والتطبيع الاجتماعى داخل الاسرة

تشير عملية التطبيع الاجتماعى الى العمليات التى عن طريقها يوجه الطفل لكى يسير على نهج حياة أسرته ، والجماعات الاجتماعية الاكبر والتى يجب أن ينتمى اليها ويؤدى ويسلك فى غمارها بصورة مناسبة وذلك لكى يصبح فى النهاية مؤهلا وجديرا لدور الراشد الناضج .

ولكى تنجز الأسرة وتتم هذا الهدف فانها يجب أن تعلم الطفل كيف ومتى يعبر عن ميوله الفطرية . وكما نعلم فان جميع الاطفال يبدأون فى وقت مبكر أغلبها ببعض من الأنماط السلوكية غير اللائقة ، ولكن الاسرة تبدأ فى وقت مبكر كذلك تعليم أطفالها كيف يكبحون هذه الاستجابات وكيف يعبرون عنها بصورة مقبولة ، وعلى ذلك فان الاسرة هى الوكالة المسئولة عن تكوين ونمو الضبط الكامن لدى كل طفل . فعن طريق تعلم الاكل - التعبير عن العدوان - والحب - بالاضافة الى أنماط كثيرة أخرى - داخل الحدود الموضوعة بواسطة ثقافة المجتمع يتمكن الطفل من التحرك على الطريق الى المرحلة التى تمكنه من الدخول بتفهم كامل فى ثقافة ذلك المجتمع .

ويصنف " جيروم كاجان " ميكانيزمات التطبيع الاجتماعى على النحو التالى :

- الرغبة في الحصول على التعاطف والاحترام والقبول .
- السعي لتجنب الاحاسيس والمشاعر غير السارة المتولدة عن طريق عقاب أو رفض الآخرين له .
- الرغبة أن يكون مماثلا لأفراد معينين نشأ الطفل على احترامهم ومحبتهم والاعجاب بهم (عملية التطابق) .
- الميل العام لتقليد أعمال الآخرين (٢١)

الاسرة المريضة والوراثة السيكولوجية :

أن الاعراض المرضية في الاطفال هي رد فعل طبيعي لسلوك الاباء . درج المربون والآباء على أن يتحدثوا عن " أطفال مشكلين " ولكن يجيء اليوم التحليل النفسي ، ذلك العلم الذي قلب كثيرا من معارفنا عن الطبيعة الانسانية والذي يطبق الحكمة القائلة " ان أنت لم تتوقع ما لا ينتظر ، فلن تهتدي الى الحقيقة " يجيء اذن التحليل النفسي ليبين لنا أنه لا يوجد في حقيقة الأمر أطفال مشكلون وانما يوجد آباء مشكلون فحسب .

هذا يجعلنا نتحدث عن نوع آخر من الوراثة ، وهو الوراثة السيكولوجية فيميل الغالبية العظمى من الآباء والمربون أن يرجعوا أي شذوذا في النمو أو انحراف في السلوك لدى الطفل الى الوراثة على أساس أن الوراثة تكبرة لا شخصية يتقاسمها الاجداد من الناحيتين ، أما التحليل النفسي فيؤكد التأثير المباشر للعوامل البيئية وخاصة تأثير الآباء في أبنائهم . هذا ما يمكن أن نسميه الوراثة السيكولوجية .

ويقدم لنا مصطفى زيور مثلا اكلينيكيا توضيح معنى الوراثة السيكولوجيه وسوف نقدمه بالتفصيل لايضاح المعنى لدى القارئ" (٥٧)

(... سيدة فى مقتبل العمر تشكو الى المحلل أن ابنتها الصغيرة وعمرها ثلاثة أعوام ونصف فى منتهى العصبية ، وأن الاحلام المزعجة تنتابها ليلا والمخاوف التى لا مبرر لها تعودها نهارا ، والطفلة حسب رواية أمها معتلة ، بطيئة النمو ، متقلبة الشهية ، فحصت الطفلة فحصا كاملا ، فلم يكن ثمة شئ غير عادى الا الشعور برهبة وتهيب مألوف . فلم يكن مناص من أن نلتمس عند الأم السبب الحقيقى لتلك الاضطرابات . انهت الينا الأم انها مضطرة نظرا لاعتلال صحة ابنتها الى احاطتها بعناية فائقة فلابد من غسلها مرتين أو ثلاث مرات فى اليوم ، وأخذ درجة حرارتها بانتظام ، ولفها فى ملابس دافئة ، وتغليق الأبواب والنوافذ درءا لخطر البرد ، وفى كل يوم تغسل دمى الطفلة بالكحول ، وتبعدها عن اللهو مع غيرها من الأقران تجنبا للعدوى ، أما عن التغذية ، فهى حريصة على أن تنفذ تعليمات الطبيب بكل حذر فتتناول الطفلة وجباتها فى مواعيد محددة ، وبمقادير مقننة بعد أن تبتلع معلقة من الادوية المقوية التى تشتمل على مجموعة من فيتامينات أ ، ب ، ج .. الخ .

ولا يسع المحلل الخبير الا أن يشتم من سلوك الأم هذا ذلك الاتجاه الذى نسميه " تعويضا مغاليا " أى اتجاها يخفى ضده فما المغالاة فى العناية الا رد فعل لعدوان لاشعورى، والدليل على هذا الاستنتاج ما قدمه تحليل الأم من بيانات ، فقد تزوجت هذه السيدة الشابة بعد حب على الرغم من أن زوجها يكبرها بكثير ، وقد ظلت تنعم بالسعادة طوال الأعوام الثلاثة الاولى من زواجها ، فقد غمرها زوجها بكل حب وحنان ، وعندما اعرب لها زوجها عن رغبته فى انجاب طفل ، لم ترحب بالفكرة بادى ذى بدء ، فقد كانت تستشعر السعادة الى

حد انها لم ترد ان تتعرض لما من شأنه أن يعكر صفو هنائتها . ولكن غير أنها أضطرت فى نهاية الأمر الى أن تذعن لرغبة زوجها . وكان أن احتملت حملها فى غضاضة، وما ونت تعرب عن خشيتها أن يأتى الوليد الجديد ليشاركها حب زوجها

وكان طبيعيا عندما رضعت أن يبدى زوجها اهتمامه الشديد بوليده، وازاء ذلك أحست بغيرة حقه وراودتها دوافع عدوانية صريحة ضد طفلتها ، ولكن سرعان ماكبتت هذه الدوافع التى حل محلها موقف الرعاية البالغة الذى وصفناه سلفا . وكلما أحست العدوان ضد ابنتها ضاعفت الجهد فى بذل العناية ذلك الجهد الذى يهدف الى كبح جماح العدوان . — ونفهم من هذا أن تهيب الطفلة وعصبيتها انما هو رد فعل طبيعى لشعور الأم ذاك الذى ينطوى على صراع . تلك حقيقة عامة . هى أن لدى الأطفال جميعا حدسا فريدا لحقيقة عواطف الوالدين العميقة . (٥٧)

ويذكر زيور — أن الاعراض العصابية فى الطفلة هى رد فعل طبيعى لسلوك الام ، وأن الرواية السيكولوجية تمضى الى أبعد من ذلك ، فتلك الطفلة عندما تكبر لا يسعها الخلاص من القانون الطبيعى ، قانون تقليد الأم ، أى توحيد نفسها بها ، ولا شك أن سلوك تلك الأم جد طفلى ، يعوزها النضج الوجدانى ، فمادامت قد لقيت مقدم ابنتها بشعور الغيرة . ، كما لو كانت ابنتها هذه أختا صغرى تأتى لتشاركها حب أبيها . وقد يبدو ذلك عجيبا ، ولكن الواقع أن زوج هذه السيدة الشابة هو " لاشعوريا " بمثابة أبيها ، وهكذا ندرك سلوكها وندرك كذلك

انه لن يكون يتيسيرا على ابنتها أن تتجاوز اذا ما كبرت هذا اللون الطفلى من الحب لدى المرأة حيث يحتل الزوج من نفسها لاشعوريا - مقام الأب فتتطلب منه ما تتطلبه الطفلة الصغيرة من أبيها ، وتسلك ازاءه مسلك الابنة من أبيها لا مسلك الزوجة الناضجة من زوجها . لكأنها من الناحية العاطفية طفلة صغيرة وان كانت من حيث الجسم والذكاء مكتملة النمو . وهكذا ندرك أن طفلة هذه أمها ، لا يمكن أن تبلغ فى مستقبل حياتها مرحلة الحب الراشد . ذلك الحب الذى ترتضى الزوجة فيه أن تؤدى دورا غير دور الطفلة التى تبتغى عطفا أبويا ، مادامت تفتقر الى أم ناضجة تقتدى بها ...

هذا ويتعين علينا أن نقول أن حل ذلك المشكل هو علاج الأم لا الطفل . وهو ما يعد مقولة التحليل النفسى - لا يوجد أبناء مشكلون - وانما يوجد آباء مشكلون

الاكتئاب لدى الاطفال

تتضمن الاعراض الاكتئابية لدى الأطفال اضطرابات في المزاج ، وفي القدرة على الاستمتاع ، وفي الوظائف النمائية ، وفي تقويم الذات ، وفي سلوك الطفل مع الآخرين ، كما يترك الاكتئاب آثاره في المجال المدرسي .

وتظهر اعراض الاكتئاب في مرحلة الطفولة في أشكال مختلفة وهي : الحزن ، التشاؤم ، الاحساس بالفشل ، الشعور العام بفقدان الاستمتاع ، التصرف الخاطئ ، القلق التشاؤمي ، كراهية الذات ، تخطيء الذات ، الافكار الانتحارية ، البكاء ، انخفاض القدرة على تحمل الاحباط ، انخفاض في الاهتمام الاجتماعي ، التردد ، تصور سالب للجسم ، انخفاض في الدافعية للعمل المدرسي ، اضطراب النوم ، الاجهاد ، انخفاض الشهية للطعام انشغالات عضوية أو جسمية (توهم مرضى) ، الشعور بالوحدة ، عدم الاستمتاع في المدرسة ، العزلة الاجتماعية ، انعدام الاصدقاء ، تدهور الاداء المدرسي ، الانتقاص من الذات (بمقارنة نفسه بزملائه) ، الشعور بانه غير محبوب من الآخرين ، عدم الطاعة ، مشاكل اجتماعية .

<u>أسباب الاكتئاب في الطفولة</u> :

<u>أولا</u> : أسباب متعلقة بالطفل نفسه

أوضحت نتائج الدراسات السابقة أن مرضى السكر والربو من الاطفال أكثر تعرضا للاكتئاب من الاطفال غير المرضى ، وكذلك الاطفال الذين تعرضوا لحروق شوهتهم كانوا أكثر تعرضا للاكتئاب من غيرهم من الاطفال وكذلك الاطفال الذين يعذبون جسديا من والديهم .

كما أن هناك علاقة بين اكتئاب الاطفال والمواقف الضاغطة التى يتعرضون لها فى طفولتهم ، فتمثل الضغوط المدرسية بعدا هاما فى نشوء الاكتئاب لدى الطفل ، فالنظام المدرسى القاسى والعقاب يؤدى الى فقد الثقة بالراشدين مع ظهور الكوابيس الليلية المصاحبة بحالات الاكتئاب ومشاعر الذنب والاحباط .

وفى دراسة قام بها بندلتون " ١٩٨٠ " بهدف دراسة التفاعل بين الاطفال الصغار والبيئة المدرسية ودورها فى تنمية المشكلات الانفعالية والنفسائية ، توصل الى أهمية المعلم ودوره فى التوحد الوجدانى ونوع علاقته بالطفل وتأثيرها على مفهوم ذاته وعلاقاته الاجتماعية ، كما عرض للمشكلات الانفعالية التى ينتج عنها الانسحاب والاكتئاب كنتيجة حتمية للضغوط المدرسية .

وهناك نتائج لدراسات أجرى أثبتت أن الضغوط المدرسية المرتبطة بالعقاب غير العادل يجلب التعاسة للاطفال ويتبعه ظهور الاكتئاب . (٦٧)

ثانيا : أسباب متعلقة بالوالدين

أشارت عديد من الدراسات الى أن الاسر المريضة هى المسئولة عن اصابة الاطفال بالاكتئاب ، فينتقل الاكتئاب من الام الى ابنائها ، أن الامهات المضطربات لا يستطيعن احتواء أطفالهن ، واعطائهم الأمن اللازم . فزيادة المشكلات النفسية للأم ينعكس بدوره على درجة اتصالها بالطفل مما يترتب عليه ظهور الاكتئاب ، ان تأثير سلوك الأم المضطرب يلعب دورا تفاعليا معقدا مع أطفالها .

وقد توصلت البحوث الى أن الامهات المكتئبات لا يستطعن ضبط أطفالهن وبالتالى تزداد مشكلات الاطفال السلوكية . . كما أن سلوك الأم المريض ساهم بطريقة غير مباشرة فى زيادة التبول واكتئاب الطفل حيث تختلف رعايتها السلوكية لطفلها عن الأم غير المكتئبة .

كما توصلت نتائج الدراسات الى أن الامهات المكتئبات يتسمن بأنماط حادة فى التعامل مع ابنائهن تمتد الى التأثير الجسمى .

الأب :

توجد علاقة تفاعلية بين اكتئاب الأب واكتئاب الطفل .

وقد ناقشت عديد من الدراسات هذه العلاقة التفاعلية ففى دراسة عن تأثير الاكتئاب الأبوى على التفاعل بين الأب والطفل فحص فيها ٨٧ طفلا يعانون من الاحساس بالذنب وذلك باستخدام المتابعة السيكاترية والادوات شبه الاستطلاعيه - توصلت الى نتائج مؤداها أن أطفال الآباء المكتئبين يختلفون عن أطفال الآباء غير المكتئبين ، كما توصلت دراسة أخرى الى أن الآباء ذو التوافق النفسى السيء يعانون من العلاقات المتنافرة بينهم وبين أبنائهم بالاضافة الى عدم القدرة على ضبط المشاعر وضعف التماسك الاسرى كما قام " فندرش ١٩٩٠ " بتشخيص ٢٦٠ طفل لآباء مكتئبين واتضح أن هذا يعتبر عاملا تنبؤيا خطيرا ودالا لسلوك الأبناء المضطرب (١٧)

ثالثا : التفكك الأسرى

أن التفكك الأسرى يلعب دورا جوهريا وحاسما فى ظهور الاضطرابات النفسية لدى الأطفال فالشد والتوتر وضغوط الحياه اليومية التى يعانى منها الاباء والامهات تنعكس على الاطفال ، وقد وجد أن الاطفال الذين

يعانون من ارتفاع الاكتئاب غالبا ما يعلنون عن رغبتهم في الانتحار، وبدراسة الأوضاع الأسرية تبين أن هذه الأسر تعاني من الاضطرابات الاسرية مثل الانفصال الأسري والعدوان سواء اللفظي أو الجسدي . (١٧)

وقد توصل " ماكوجرو " ١٩٨٢ ، أن الطلاق يؤثر على الأطفال ويظهر لديهم أعراض اكتئابية وعدوانية وحزن وقلق وقابلية للتوتر وانخفاض مستوى تقدير الذات .

كما توصلت دراسات أخرى الى أن الأطفال أكثر تأثيرا بحالة الأم – النفسية السيئة الناتجة عن الطلاق بشكل أقوى من لو كانوا في أعمار متقدمة .

ان التأثير السيء – لمتغير الطلاق والتفكك الأسري – على شخصية الاطفال يأتي نتيجة العزلة عن الحياة الاجتماعية السوية ، وفقدان موضوع الحب والحرمان من العلاقات الاسرية الطبيعية بوجه عام ، مع الخضوع للذبذبة المعاملة والعاطفة معا نتيجة للظروف التي يمر بها الوالدين في علاقتهم بعضهم ببعض .

رابعا : خبرة الفقدان

هناك علاقة بين فقدان الام أو الاب أو كلاهما وحالة الاكتئاب التي يصاب بها الأطفال ، فقد توصلت بعض الدراسات الى أن الاطفال الذين عانوا من مشاعر الحزن التي لم تحل وعاشوا حالة من الحداد النفسي لفترة طويلة ظهر عليهم أعراض الاكتئاب بدرجة مرتفعة وكانوا في حاجة لمساعدة نفسية .

أن الاطفال الذين خبروا الفقدان ، أكثر اعتمادا على عوامل الصدفة والقدر ومساعدة الغير ، كما أنهم أكثر انفعالية وسلبيه ، وأقل في وضع

ضوابط لأنفسهم تساعدهم على النجاح فى حياتهم ، كما أنهم يعززون انجازاتهم وما يتخذونه من قرارات وما يحققونه من أهداف مدركين بعوامل خارجية هى التى تتحكم فى مصيرهم وكلها عوامل يقفون عاجزين أمامها لانهم لا يستطيعون التنبؤ بها - وهذه كلها عوامل مرتبطة بالاكتئاب الناتج عن خبرة الفقدان (٢٣)

خامسا : الحالة الاقتصادية

يتأثر الطفل بالظروف الاقتصادية السيئة التى تمر بها الاسرة وتنعكس عليه بالكآبة ، وفى مقارنة النساء الفقيرات غير المستقرات اقتصاديا - فى حياتهن تبين أن الظروف الاقتصادية تؤدى الى التوتر وينعكس هذا على الاطفال وعلى ظهور المشكلات السلوكية لديهم والاكتئاب .

وقد توصل " فريدمان (١٩٨٦) (٦٧) " الى وجود ثلاثة أنماط من الآباء والأمهات الاول : آباء وأمهات يعيشون فى ظل الضغوط الاقتصادية التى تؤدى بهم لحالة من الاكتئاب والمشكلات الزواجية . والنمط الثانى : أمهات لديهن ميل أو اتجاه لأن يكن مكتئبات فى حالة الضغوط الزواجية . والنمط الثالث : آباء انسحبوا من العلاقات الاجتماعية نتيجة لسوء أحوالهم الاقتصادية ، وفى كل هذه الأنماط يكون هناك احتمال كبير لاصابة الأطفال بالاكتئاب .

سادسا : الاكتئاب والقدرات العقلية

أوضحت الدراسات الاكلينيكية أن بعض من يحصلون على درجات عالية فى الاكتئاب يعانون من مشكلات فى الوظائف العقلية ، وأن مستوى الاكتئاب كان مرتبطا بضعف القراءة والتحصيل ، وهناك علاقة بين الاكتئاب

لدى الاطفال وصعوبات التعلم .

وانتهت عديد من الدراسات التي اهتمت بأنماط التفكير وعلاقته بالاكتئاب لدى الاطفال ـ وجود ارتباط بين الجانب المعرفي والاكتئاب عند الاطفال فمن خلال دراسة تمت على ٣٧ طفلا طبق عليهم مقياسا للاكتئاب ، وآخر للمهارات المعرفيه ، توصلت الى أن درجة الاكتئاب كانت مرتبطة ارتباطا موجبا مع معاناتهم بالاكتئاب ، وأن الاطفال المكتئبين يختلفون عن غيرهم من غير المكتئبين في خواص تفكيرهم .

أما فيما يتعلق بدرجة الذكاء والتحصيل الاكاديمي وعلاقته بالاكتئاب فأظهرت نتائج دراسة ٧٦ طفلا من المضطربين سلوكيا والذين يقيمون في مصحة للعلاج ، وجد أنهم يعانون من خلل في القدرات اللفظية ، والمكتئبين منهم كانوا أقل تحصيلا ، والقلقين كانت درجات ذكائهم أيضا أقل من الاطفال غير القلقين .

وبالنسبة لمفهوم الذات لدى الاطفال وعلاقته بالاكتئاب فقد لوحظ أن الاطفال المكتئبين كانوا أقل توقعا للمستقبل ويعتبرون أنفسهم أقل من الآخرين ، والنتائج تؤكد فروق في القدرات العقلية لدى الافراد المكتئبين أو الذين يعانون من انخفاض في مفهوم الذات .

من كل ما سبق نستطيع أن نتعرف على أن الاكتئاب لدى الاطفال يأتي نتيجة لنقص معدل تكرار التدعيم الايجابي الذي يؤدي الى تبني اعتقاد عام لدى الطفل يتعلق بعدم كفايته ، وبعجز في مجالات المهارات الاجتماعية (٨٠) .

كما أن فقدان الامن العاطفى شرط لعدم انتظام حياة الطفل واستقرار مشاعره ، فبدون الحب والعطف والحنان فى مرحلة الطفولة يفشل الأطفال فى النضج من الناحية النفسية والعقلية (٦٦)

ومن خلال العلاقات الاسرية تتشكل اتجاهات الطفل الصغير نحو نفسه والناس والاشياء والحياة بوجه عام .

أن فقدان الحب هو الموقف الاساسى الباعث على الاكتئاب لدى الطفل سواء أكان الطفل لم يجد محبوبا – أم لم يسعه أن يحب ، فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدها أساس كل حالات الاكتئاب (٧٣) لدى الاطفال .

والاكتئاب النفسى تعبير عن اضطراب شرعية الوجود ، هذه التى تستلزم وجودا أصيلا فى العالم فى حركة ديالكتيكية تواصلية عن طريق التقدم والصيرورة ، والتى تنبعث عن الأمن والأمان وتقدير الذات ، وتحقيق المعنى . هذا الاضطراب يدرك على أنه فقدان فى كل شئ ، أو فقدان فى المعنى وتضطرب الحياة (٧٤) ، كما تقل كفاءة الطفل المكتئب فى المواجهة الفعالة للمشكلات .

ان الاكتئاب قد يتضح فى الطفولة عندما يضطر الطفل الى أن يتخذ قرارا بالانفصال عن موضوعه الاساسى وهو الأم أو بديلها ، وبالتالى فإنه ينطلق من جراء ابتعاد الموضوع أو فقدانه الذى كان يحرص على ضمه الى صدره وبقيه ملتصقا به . (٧٦)

ويحتاج الطفل في نموه الانفعالي باعتباره كائنا احتماعيا الى إشباع حاجات نفسية أساسية عنده ، وتتأثر شخصيته تأثرا كبيرا بما يصيب هذه الحاجات أو بعضها من اهمال أو حرمان ، وتتأثر بصفة عامة بالاسلوب أو الطريقة التي تواجه بها هذه الحاجات ، ومن أهم هذه الحاجات حاجة الطفل الى التجاوب العاطفي في دائرة الاسرة أي تبادل المحبة والخضوع للوالدين (٣٢)

يكون الطفل في بدء الامر كائنا لا اجتماعيا ، فهو يطالب باللذات الانانية وليست لديه فكرة مصلحة الغير ، والتبادل لمصالحهم كي يستطيع أن يصير كائنا اجتماعيا ، ويتطلب من ترجيته لابد له من عملية تحول اجتماعي ، أي لابد له من تمرين سيكولوجي كفيل بأن يجعله يرتضي قواعد الحياة في المجتمع ، ومن ثم فالنضج السيكولوجي هو اكتساب عادات وجدانية جديدة تحل محل الانانية البدائية ، ويصبح الطائف الاجتماعي قادرا على أن يهتم بغيره ، ويخضع رغباته لمطالب بيئته الاجتماعية .

هذا التحول رهن بالآباء والمربين ، والشرط الاول لنجاح الآباء هو أن يكونوا هم أنفسهم قد تمثلوا قوانين المجتمع ، أي ان يكونوا قد بلغوا نضجا سيكولوجيا كافيا ، والا كان مثلنا مثل من يحاول أعمى لتعليم الطفل القراءة . (٥٢) .

الفصل الثامن

العلاج النفسي مع الأطفال

العلاج النفسي مع الأطفال

أن العلاج النفسي يقوم أساسا على حوار يتم بين طرفين (مريض — معالج) . هذا الحوار يتم غالبا من خلال تبادل الكلمات . أي ينشأ حوار لفظي بين المريض والمعالج . وكأول خطوة نحو تحقيق الاستبصار بطبيعة مشاكل المريض والتعرف على أسبابها . يطلق المريض العنان لنفسه لكي يعبر عما يجول بخاطره من انفعالات وأحداث ومشاعر وذكريات وخبرات . غير أنه في كثير من الأحيان نجد المرضى يتوقفون عن الحوار اللفظي ويلتزمون الصمت طوال الجلسة العلاجية . وبالرغم مما في الصمت من لغة . فإن الصمت الطويل خلال الجلسات يهدد عملية العلاج النفسي ويحول دون تقدمها . بل قد يؤدي الى فشلها . ومع الأطفال على وجه التحديد فإن المرضى منهم لا تمكنهم اللغة من اقامة حوار يعكسون من خلاله طبيعة مشكلاتهم ومن ثم يلجأ المعالجون النفسيون الى وسائل أخرى يمكن الاستعانة بها لاقامة الحوار وتحقيق التواصل مع المرضى من الأطفال (١٧١) .

ومن هذه الوسائل نجد . العلاج بالانتاج الفني . والعلاج عن طريق قراءة القصص — العلاج بالسيكودراما — العلاج بالموسيقى — العلاج بالرسم العلاج بالمحاورة — وسوف نعرض لهذه الأنواع كوسيلة تشخيصية وعلاجية في آن واحد .

العلاج باللعب :

يعتبر العلاج عن طريق اللعب صورة من صور الاسقاط خلال نشاط اللعب الذي يقوم به الطفل . فموقف العلاج باللعب يوفر للطفل البيئة

والمجال لأن يكون تلقائيا وطبيعيا فى سلوكه ، وفى هذا الوسط يمكن للطفل أن يلعب أدوارا متعددة من خلال اللعب لا يستطيع أن يلعبها خارج هذا الوسط ، وهذه الطريقة تسمح له بزيادة فهمه لذاته بشكل واقعى فهو يقوم ببعض النماذج السلوكية التى يستخدمها فى المستقبل مثل الشراء والبيع وعمل الزيارات وزيارة الطبيب أو السفر وركوب الاتوبيس (٧٦)

ويركز شارلز شافر " ١٩٨٣" عند مناقشة العلاج باللعب على مسئولية المعالج فى تحديد أكثر الاساليب العلاجية ملاءمة لكل حالة محددة على حدة ، ويحذر من محاولة دفع الطفل الى المنهج الذى يجيده المعالج ، وينادى بتفريد العلاج ليتناسب مع كل طفل كحالة خاصة ، ويرى أنه اذا تم استخدام العلاج المناسب فستأتى النتائج الايجابية سريعة . (٦٨)

أهمية العلاج باللعب :

من البديهى أننا اذا أردنا أن نفهم الطفل ونحل مشاكله ، لابد أن نفهمه من وجهة نظر شخصية فالكلمات تعتبر تجريدات غالبا ما تكون غريبة على الطفل فى حين أن الاتصال من خلال اللعب يكون اتصالا طبيعيا يعتمد على اللعب الحى ، فاذا أردنا أن يتصرف الطفل بتلقائية ، وجب علينا أن نتيح له هذا من خلال التعبير الحر فهو وسيط للتعبير عن الانفعالات ، ولاكتشاف نوع العلاقات ووصف الخبرات ، وللتعبير عن المشاعر وتحقيق الذات وتحقيق الرغبات ، فاللعب شئ طبيعى وسهل للتعبير عن الذات عند الاطفال .

والأطفال يعبرون ويسلكون وفقا لما يشعرون به ويقومون بتمثيله أو أدائه ويعبرون عن أنفسهم بصراحة ووضوح خلال هذا الوسيط .

والعلاج باللعب له مدلول ايجابي اذا كان الاتصال له دلالة بين الطفل والمعالج . أما أن يلعب المعالج بالنسبة للطفل دور السلطة مناقشة وهو جالس على مقعده ، فهذا في حد ذاته من شأن توليد القلق في نفس الطفل ، فالطفل لا يمكن علاجه في عيادة ، ومكتب عليه أوراق وتليفون وأشياء مثل هذه ....

ولكن حين يدخل الطفل غرفة أو مجالا فيه لعب أو مواد يمكن استخدامها في اللعب ، فهذا يعني أن هناك وسيلة اتصال جيدة بين الطفل والمعالج . وبالتالي يشعر الطفل أن هذا المكان مكانه ، وأن تلك المواد موجودة من أجله ليتناولها ويلعب بها . وهذا بدوره يجعل الطفل يقبل على المشاركة حيث توجد وسائل طبيعية للاتصال لا تتطلب تفاعلا لفظيا بالضرورة ، ويصبح لعب الطفل وسيطا للتبادل ذا قيمة للمعالج لا لفهم الطفل فحسب ولكن أيضا لبناء علاقة علاجية . (٦٨)

مميزات العلاج باللعب في مرحلة الطفولة المبكرة :

غالبا ما يكون الرشد في رياض الأطفال هو الارشاد النفسي أو الاجتماعي والعلاج باللعب في هذه المرحلة يسمح للطفل بالمشاركة والتفاعل . والاسترخاء أيضا . فكل الألعاب لها قيمة علاجية ، فباللعب يعبر الطفل عن انفعالاته الشعورية واللاشعورية .

وللعب عدد من الاستخدامات في مجال العلاج :

١- يمكن استخدام اللعب فى مجال التشخيص
٢- يمكن استخدام اللعب لتأسيس أو اقامة علاقة عمل
٣- يمكن استخدام اللعب باعتباره فترة راحة خلال عمل الطفل اليومى
٤- يمكن استخدام اللعب لمساعدة الطفل على أن يتعامل لفظيا مع بعض الخامات بوعى ، ويترابط هذا مع مشاعره .
٥- يمكن استخدام اللعب فى مساعدة الطفل على أن يتعامل مع الخامات على المستوى اللاشعورى ، فيفرغ شحناته الانفعاليه ويتخلص من التوترات المصاحبة لها .

ترى سولومون (٦٨) أهمية اللعب فى المجالات التالية :
١- مساعدة الطفل على اطلاق عدوانه تجاه والديه وأخوته .
٢- اعلاء مشاعر الذنب .
٣- فرص جيدة للتعبير بحرية عن جميع خيالاته الغير محببه .
٤- دمج كل الافتراضات العلاجية فى اتجاه النمو .
٥- سلب الحساسية بوسائل التكرار .

أن عملية العلاج باللعب تتيح للطفل فرص لنمو وجدانه فى ظل ظروف محببه له ، فمن خلال اللعب يعبر عن مشاعره ويتركها تطفو على السطح وهو يواجه مشاعره هذه ، بعد ذلك ، يتعلم أن يضبطها ويتحكم فيها ، أو يتخلى عنها ، ويبدأ الطفل ادراك معنى القوة من خلال هذا التحكم ، ولينكر بطريقته ويكون قادرا على اتخاذ قراره ، ولينضج نفسيا ويدرك ذاته . (٦٨)

وعملية العلاج باللعب فرصة للطفل تمكنه من السيطرة على العوامل البيئية لكن مشكلات الاطفال لاتوجد منفصلة عنهم ، وهكذا يتناسب العلاج باللعب مع التكوين الداخلي للطفل ، ومن هنا تبدو أهمية العلاج باللعب بالنسبة للاطفال وبالنسبة للمعالجين ٠

ووجه "ديب ٠ Dib" حديثه الى القائمة بدور المعالج مع الاطفال قائلا : أنت لست الأم ولست المعلمة ــ فمن تكونين ؟ أنت امرأة جميلة تلعب مع الطفل ٠ ويؤكد الباحثين (٣٦) على أهمية توفير فرص التعبير عن الانفعالات الحبيسة ، ولا سيما النزعات العدوانية والعدوانية ٠ ففي حجرة اللعب يسمح للطفل بأن يقذف بالصلصال ، وأن يعبث بالألوان أو يخلطها ، وأن يكسر الدمى ، وبذلك يستخرج مشاعره البغضه خارج نظامه النفسي ، ويؤدي ذلك الى نتائج مفيدة وفي الغالب ما توضع حدود لمقدار التدمير أو التخريب الذي يسمح به ، بحيث يسمح بتدمير الاشياء المستهلكة ، فالطفل يسمح له بالتعبير عن دوافعه الهدامة ولكنه في نفس الوقت عليه أن يتعلم أن يعبر عن هذا في اطار حدود اجتماعية معقولة ٠"

العلاج بالرسم

اذا أفصح الطفل عن مشاعره من خلال الرسم فإن ذلك يكسبه اتزانا مع البيئة وتوافقا سويا . ذلك أن الرسم يتيح له الفرصة للتعبير عن الذات والتخفيف من التوتر الناتج عن الاحباط ، واشباع الدوافع والحوافز التى يتعذر اشباعها واقعيا - كذلك يمكن من خلال تشجيع الطفل على الرسم العمل على اعادة توافقه مع البيئة ، فمثلا الطفل الذى يرسم فى حافة الصفحة ويترك الفراغ الكبير دون استغلال ، قد يكون مبعث ذلك هو الخوف من التكيف الاجتماعى ، وبعض التشجيع الذى يكسب الطفل جرأة على استغلال الفراغ ، ينتقل تدريجيا من الانعزال والاحساس بالوحدة الى الانخراط أكثر فى الجماعة ، واكتساب المهارة فى التعامل الاجتماعى بدلا من التوارى ، ويتضح من ذلك ان رسوم الاطفال تساعدهم على حسن التوافق مع أنفسهم من جهة ومع بيئتهم من جهة أخرى (٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٨)

والى جانب أهمية استخدام الرسم كأداة تشخيصية فإن هناك حاجة قائمة بذاتها لممارسة الرسم كعمل فنى تعبيرى يقوم به الشخص علاوة على ذلك فإن الاطفال المضطربين انفعاليا وسيء التوافق الشخصى والاجتماعى هم فى حاجة أكبر للتعبير الفنى من الاطفال الاسوياء ومن ثم فإنه يمكن أن يكون الرسم أداة قيمة لفهم حالات الطفل الانفعالية ، ومدى قوة وضعف شخصيته وبالتالى يمكن لنشاط الرسم أن يهيء الطفل للعلاج ، كما أن الرسوم تعد سجلا بصريا ثابتا للتعرف على مدى تقدم الطفل المريض أثناء العلاج .
ويدعم أهمية استخدام الرسم فى العلاج النفسى للاطفال أن هذا النوع من العلاج لا يعتمد على مهارة فنية ، بل على العكس ، فالطفل ذو القدرة الفنية العالية ربما يكون أقل فرصة للتعبير الفنى العفوى بذلة الفرشاة (٧١، ٧٢)

العلاج بالانتاج الفنى

يستخدم الانتاج الفنى كوسيلة من وسائل العلاج النفسى وخاصة مع الاطفال ومن ذلك الرسم والتلوين والصلصال والتصوير والنحت على الخشب والحفر . وتساعد هذه الاعمال فى اطلاق سراح المشاعر . كما تؤدى الى شعور الطفل بالفخر والزهو والتكامل الذى ينتج عن التعبير عن الشخصية فى العمل الفنى . (٣٦) فالفن عموما باعتباره وسيلة من وسائل التعبير . يعطى فرص للطفل لكى يعكس كثيرا من الافكار الكامنة لديه والتى تقلقه من وقت لآخر .

العلاج عن طريق قراءة القصص :

تستخدم القراءة - كأحد أنشطة العلاج مع الاطفال . فيساعد ذلك فى توسيع مداركهم . وجذب تفكيرهم بعيدا عن تمركزهم حول ذواتهم . وبعد أن يقرأ الطفل أو مجموعة الاطفال القصة يمكن مناقشتهم وتفسير ما يدور حول القصة . كما يمكن تمثيل بعض أجزاء القصة أثناء القراءة . كذلك يمكن استخدام منهج التداعى الحر مع بعض الموضوعات فى القصة - وهنا تتاح لهم الفرص للتعبير عما يفعلونه لو كانوا فى مكان الشخصيات التى يقرأون عنها .

العلاج الموسيقى :

تساعد الموسيقى فى تفريغ الشحنات الانفعالية وازالة التوتر لدى الطفل . فيستمع الطفل أو مجموعة الاطفال الى قطع موسيقية أو يقوموا هم أنفسهم بالعزف على الآلات ثم يلاحظ المعالج ردود فعل الاطفال وتغيراتهم لكل قطعة موسيقية ويمكن أن تشترك الموسيقى مع الانتاج الدرامى أو مع الغناء . (

العلاج بالنشاط :

يستخدم النشاط كأسلوب فى العلاج مع الاطفال وقد وجد أن له قيمة كبيرة فى اطلاق الانفعالات ، وخفض التوتر وتفريغ الشحنات العدوانية ، والتخلص من الاحباط ومن المساعدة على استعادة اتزان شخصية الطفل وهناك أنواع مختلفة من الانشطة التى تستخدم كوسيلة للتشخيص والعلاج مع الاطفال .

ومن الدراسات الهامة فى هذا العدد دراسة سلافسون "٣٦" على عينة كبيرة من الاطفال تم اختيار أعضائها على أساس الاثر العلاجي المطلوب . فيوضع الطفل العدوانى مع طفل منسحب ، والطفل الغير ناضج مع طفل أكثر نضوجا ، وكان هؤلاء الاطفال يجتمعون فى غرفة النشاط ، ويجلسون على موائد متحركة ويزودون بالعدد والالوان والورق والصلصال والمعادن والاخشاب ... ويزاولون النشاط الحر لمدة ٦٠ – ٩٠ دقيقة ، على أن يختار كل طفل النشاط الذى يرغب العمل فيه ، ولا يحدد لهم أي هدف وانما تترك لهم الحرية لاظهار دوافعهم وعدوانهم وأوهامهم حتى الى درجة ارتكاب الاعمال العدوانية الموجهة ضد شخص المعالج ، ولا يمارس المعالج أى ضغط على الاطفال ولا يضع أى قيود على سلوكهم ، وانما يحضن الطفل الخائف ويقف بجانبه ، ويلبى دعوات الاطفال للمساعدة ، وقد يخرج معهم فى نزهة ، وقد يعدون الطعام لغذائهم معا ، وبعد ذلك يناقش المعالج مع باقى المشرفين على الاطفال سلوكهم وانتاجهم .

ويمكن أن يتنوع النشاط الى اعداد مسرحية ما ، أو الاشتراك فى مباريات رياضية أو اعداد حفلة ترفيهية أو مشاهدة الافلام السينمائية .. وهناك

أفلام بعدة خصيصاً لاظهار مشاكل مثل العدوان والوحدة والانطواء ..الخ وهناك أفلام تعتمد على الالوان والمناظر الجميلة والموسيقى لكي تكسب الراحة في نفوس الاطفال . (٢٦)

مناقشة المعالج -بعد عرض الفيلم أو المسرحية - مع الاطفال مشاعرهم نحو احداث الفيلم وتشمل الادوار والشخصيات ، وقد يعرض جزء من الفيلم ثم يتوقف العرض ، ويطلب من الاطفال أن يدلوا بتوقعاتهم لما سيحدث في بقية القصة - ثم يستكمل العرض ويقارن الاطفال بين نتيجة الفيلم وتوقعاتهم الشخصية وتستمر المناقشة ....

العلاج بالمحاورة

يعتمد هذا الاسلوب على تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى الطفل ويطلق مصطلح المحاورة على النشاط الاساسي للمعالجين والمعلمين والوالدين لتحقيق أهداف حل مشاكل الاطفال وتتضمن المحاورة :

(١) توضيح المشكلة للطفل .

(٢) ملاحظة أن المشكلة المقدمة قد تكون محاولة الطفل لحل مشكلة أسبق

(٣) استثارة وتشجيع حل المشكلة من قبل الطفل وليس من قبل الراشدين .

(٤) التركيز على كيف يفكر الطفل وليس على الحل المعين الذي ينتجه ، ذلك أنه حتى الثناء على حل قد يكف انتاج حلول أخرى .

(٥) استثارة نظرة الطفل الى المشكلة بطريقة تخلو من توجيه الاتهام .

(٦) السؤال بصورة تكرية عن السبب فيما يفعله الطفل . .

(٧) توجيه الطفل الى الحديث عن مشاعره وعما يعتقده عن مشاعر الآخرين .

(٨) السؤال عن كيف يمكن للطفل أن يكتشف مشاعره ومشاعر الآخرين
(٩) سؤال الطفل عن فكرته عن طريقة حل المشكلة .
(١٠) سؤال الطفل عما يعتقد أنه قد يحدث بعد ذلك - واذا فعلت ذلك فماذا يمكن أن يحدث بعد ذلك .. ؟
(١١) توجيه الطفل الى تقويم ما اذا كانت فكرته جيدة أم لا .
مثلا هل رد الضربة بضربة فكرة جيدة ؟ هل تحطيم اللعبة فكرة جيدة ؟
(١٢) تشجيع الطفل على التفكير في حلول مختلفة .. " هل هناك طريقة أخرى ...؟ " (٧٧)

العلاج بالسيكو دراما

تتضمن الانشطة الدرامية لعب الاطفال وأخذ مواقع فيها تتكرر وتفاعل مع الاطفال الآخرين من خلال التمثيليات وهذا النوع من اللعب الدراما يساعد الاطفال على فهم أنفسهم ومشاعرهم ومشاعر الآخرين من حولهم .

وتتحقق الفائدة للطفل من خلال اللعب الدرامي تبدأ في التخلص من التمركز حول ذاته وأن يأخذ في اعتباره مشاعر الآخرين كما يتقاسم معهم خيالاته وأحلامه ، فاللعب الدرامي يشجع الاطفال الصغار على فهم الادوار الاجتماعية في المجتمع مثل دور الاب والام والطبيب والمعلم ... الخ (١٦)

وتعتبر السيكو دراما أو العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي أهم أساليب العلاج النفسي الجماعي ، ويطلق عليها أحيانا اسم التمثيلية النفسية أو تمثيلية المشكلات النفسية ، أو العلاج بالمسرحيات النفسية وهي عبارة

من تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر ، وتنفيس انفعالي تلقائي ، واستبصار ذاتي في موقف جماعي .. ويتيح للطفل الفرصة في أن يعبر بحرية عن الدوافع القوية والصراعات والاحباطات .

ويهدف العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي الى اتاحة الفرص للتعبير الانفعالي ، والى تحقيق التلقائية وادراك نمط الاستجابات الشاذة لدى الطفل ، وادراك الواقع وتحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة . (١٦)

هذا وقد أجريت الدراسات التجريبية حول طريقة العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي ، ومن أمثلة ذلك التجربة التي قام بها صموئيل مغاريوس ، في تربية وعلاج ضعاف العقول في معهد التربية الفكرية بالاسكندرية من تتراوح نسبة ذكائهم من ٥٠ – ٧٠ ، وكان الهدف من هذه التجربة هو استخدام التمثيل النفسي للوصول الى استجابات واعية من جانب الأطفال لبعض المواقف الاجتماعية ، ولتحقيق ذلك لجأ الباحث الى استخدام التمثيل في بعض مواقف الحياة اليومية ، وموضوعات البيئة الخارجية لادراكها ادراكا واقعيا واعيا ، واستخدم التمثيل في تبصير الاطفال بالادوار التي يقوم بها الموظفون ، وأصحاب المهن والحرف المختلفة في المجتمع مثل (رجل الاسعاف ، النجار ، ساعي البريد) واستخدم التمثيل أيضا في تنمية الادراك والابداع عند هؤلاء الاطفال ، كذلك هدفت التجربة الى تصوير وعلاج بعض المواقف التي تصطبغ بشحنات انفعالية مؤثرة في الحياة لضعاف العقول (١٦ ، ٧٠)

ويلخص حامد زهران فوائد العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي فيما يلي :

- قد يكشف المريض أثناء التمثيل عن جوانب من شخصيته ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره ، ويمكن أن تتخذ موضع فحص وتحليل مما يساعد في العلاج .
- تقمص الطفل شخصيات مختلفة تتصل بمشكلته وتمثيل أدوارهم وتجسيد مشاعرهم وانفعالاتهم يؤدي الى تنفيس انفعالي ويعين الطفل المريض على تحديد مشكلته والشعور بمشاعر غيره وعواطفهم نحوه .
- تدريب الاطفال على مواجهة مواقف واقعية يخافون مواجهتها .
- يعتبر العلاج الامثل للاطفال المرضى الذين يصعب التعامل معهم عن طريق الاتصال اللفظي المباشر .
- يعتبر ذا فائدة مزدوجة ، فله أهمية تشخيصية وأخرى علاجية ، نتيجة لتعبئة المريض لكل قواه في أثناء التمثيل .
- يفيد في تنمية الثقة في النفس والقدرة على التعبير عن النفس .
- تحرر الاطفال من التوتر النفسي ، والقلق ، وتنمي فهم الذات وتحقق الكفاية والمرونة في السلوك الاجتماعي .

العلاج النفسي الجماعي

العلاج النفسي الجماعي نوع من العلاج يتخذ علاقة متعددة الابعاد بدلا من اتخاذ نمط علاقة ذات طرفين فحسب. ويستخدم العلاج النفسي الجماعي في عيادات توجيه الاطفال ، وفي بعض المؤسسات الاصلاحية ، كما يعمل توجيه آباء وأمهات الاطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة أو الآباء والامهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الاطفال ، وعلاج الاسرة بكاملها ، عندما تتشابك مشكلات أفراد الاسرة ، أو على الاقل أعضاء الاسرة الذين تتعلق المشكلة بهم ، وعلاج الاضطرابات النفسية الجسمية (السيكوسوماتيه) .

وأمراض الكلام ومعظم الانحرافات والعصاب والذهان بجانب علاج الاطفال الذين يتصفون بالانعزال والميل للوحدة والانطواء والخجل وسوء التوافق الاجتماعي والاكتئاب والشعور بالنقص لاسباب جسميه أو اجتماعية أو نفسية ، كما يساعد الاطفال في تحقيق "الفطام النفسي" من علاقة التحويل التي تتكون بين الطفل المريض والمعالج في جلسات العلاج الفردي .

ولكون العلاج جماعي فيرى البعض أنه يجب أن تتشابه أعضاء الجماعة العلاجية في أعراضهم ومشكلاتهم مما يكون عاملا مشتركا بينهم ويعتبر أساسا لتماسك الجماعة مبنيا على الاهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية .

ويرى البعض الاخر أن تتضمن الجماعة عناصر مختلفة من الافراد ، من حيث الجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والاعراض ، البعض يتسم سلوكه بالعدوان ، والبعض بالايجابية والنشاط ، والبعض بالانسحاب ، والبعض عاديون والبعض يتسم سلوكهم بنمط انفعالي خاص مرغوب فيه .

وهكذا حتى يتحقق التوازن فى التفاعل الاجتماعى فى الجماعة • وفى الواقع فان هدف العلاج هو الذى يحدد حجم الجماعة • ونوع تشكيلها التجانس وغير التجانس • (٧٦)

العلاج السلوكى :

العلاج عن طريق النمذجة

العلاج بالنمذجة جزءا أساسى من برامج كثيرة لتعديل السلوك وهى تستند الى افتراض أن الطفل قادرا على التعليم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة لنماذج • ويعطى الطفل فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذى يقوم به النموذج — وقد استطاع " أوكونر " أن يغير السلوك الانزوائى الاجتماعى لدى أطفال دور الحضانة الى سلوك فيه قدرا أكبر من التفاعل الاجتماعى عن طريق عرض فيلم يظهر تفاعلات اجتماعية نشطة وايجابية بين الأطفال فى الوقت الذى يؤكد فيه صوت الفيلم على السلوك المناسب للنماذج • وكذلك يمكن تعديل سلوك الأطفال المنطوين على ذواتهم عن طريق تعريضهم لنماذج من أطفال يظهرون سلوكا — اجتماعيا مثل الأخذ والعطاء ••••

وبهذا تقدم النمذجة الاجتماعية مواقف يمكن فيها للطفل تعلم سلوك جديد أو الاقلال من سلوك مشكل دون حاجة الى الممارسة أو التدعيم المباشر • ويمكن استخدامها فى العلاج الفردى والجماعى (٧٧)

الفصل التاسع

دراسات ميدانية فى مجال الصحة النفسية

املى صادق ميخائيل:

"دراسة مقارنة للقلق لدى الطفل فى الأسرة البديلة والطفل فى الأسرة العادية فى سن المدرسة الأبتدائية من ٩-١٢ سنة".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٠.

[١]

ويهدف البحث الى دراسة القلق لدى الطفل فى الأسرة البديلة والطفل فى الأسرة العادية فى سن المدرسة الأبتدائية من ٩-١٢ سنة.واجرى البحث على عينة من :(٤٠) طفل من سن ٩-١٢ سنه وتتكون من (٢٠) طفل من الأسر البديلة و(٢٠) طفل فى الأسر الطبيعية.واستخدم الباحث الأدوات الآتية :١- اختبار روجرز لدراسة شخصية الأطفال (إعداد مصطفى فهمى".٢- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص (H. T. P).٣- استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعي إعداد "محمود أبو النيل"وكانت الفروض والتساؤلات :١- يختلف القلق لدى الطفل فى الأسرة البديلة عنه فى أطفال الأسرة الطبيعية.٢- يختلف القلق لدى طفل لدية دراسة حالة في اسره بديلة عن طفل ليس لدية دراسة حالة فى اسره بديلة.٣- يختلف القلق لدى الطفل فى الأسرة التى تعمل فيها الأم فى الأسرة الطبيعية والبديلة.٤- يختلف القلق لدى الطفل فى مستوى اجتماعى واقتصادى مرتفع عن القلق لدى الطفل فى مستوى اجتماعى اقتصادى منخفض فى الأسر الأصلية والبديلة.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- وجد اختلاف فى القلق بين الطفل فى الأسرة البديلة

والطفل فى الأسرة الطبيعية لصالح الطفل فى الأسرة البديلة.٢- اوضحت الدراسة أن هناك شرط اساسى أن الطفل ليس لدية دراية بانه فى اسرة بديلة كبديل لأسرته الطبيعية.٣- وجد اختلاف فى القلق لدى الطفل فى مستوى اجتماعى واقتصادى مرتفع عن القلق لدى الطفل فى مستوى اجتماعى واقتصادى منخفض فى الأسرة الطبيعية والبديلة.٤- وجد أن الأم لاتعمل فى كلا المجموعتين.

خالد عبدالرازق السيد:

"دراسة دينامية لبعض أبعاد البناء النفسى لدى أبناء الصم والبكم". رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس- ١٩٩٠.

[٢]

تهدف الدراسة إلى : التعرف على البناء النفسى لابناء الصم والبكم من حيث الطبيعية الدينامية للعلاقة بالموضوع وصورة الذات والصورة الوالدية (صورة الأب- صورة الأم) بما فى ذلك من انواع الصراعات وأساليب التوافق وميكانزمات الدفاع التى تنظم عملية التوافق السوى فهى دراسة تتمخض عنها العلاقة بالموضوع من تصور للذات وللوالدين وبالعالم الخارجى. وأجرى البحث على عينة من : واختيار عشر أطفال ممن ينطبق عليهم شروط العينة وتتضمن عينة البحث خمس أطفال من الذكور وخمسه اناث وهم من الأطفال الصم وضعاف السمع لقط يتراوح أعمارهم مابين ٣- ١٤ سنه وبالتالى لاينطق على هؤلاء الأطفال شروط العينة ثم عمل دراسة

الحالة من خلال سكرتير النادى الذى قام بدور المترجم وكان يتواجد مع الباحث فى أول جلسه فقط فى منزل الحالة وقد تم تطبيق ثلاث جلسات. تتراوح فترة الجلسه من ٥٠ إلى ٦٠ دقيقة وإستخدم الباحث الأدوات الآتية : ١- تاريخ الحالة. ٢- اختبار الذكاء المصور للأطفال. ٢- اختبار تفهم الموضوع للأطفال. ٣- اختبار صور بلاكى. وكانت الفروض والتساؤلات هى: هل هناك اضطرابات فى البناء النفسى لدى أبناء المصابين بالصم والبكم وذلك فى الابعاد التالية :١- صورة الذات. ٢- الصورة الوالدية وتشمل (صورة الأم - صورة الأب). وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى: أسلوب التربية المتبع فى الوالدين يقوم على فرض نوع من الحصار والتقيد للعالم المحيط بالأطفال فلايسمح لهم بالتفاعل واللعب والخروج مع الأصدقاء أو الجيران. كما أن الوالدين لايسمحون بأصطحابهم لأطفالهم إلى الزيارات الاجتماعية وهذه حقيقة خاصة داخل حدود مجتمع الصم والبكم. - أن أكثر مايثير استنكار الأطفال ويفجر مزيد من الاحساس بالدونية هوما يثره العالم الخارجى بموضوعاته من اختلاق اسماء لصفات واسماء على الأطفال مثل (ابن الأخرس - بنت العجزة) أو بعض الايماءات. - نظراً لتعلم الأطفال لغه الاشاره فى مرحلة مبكرة للتواصل مع الوالدين فان الأطفال يكتسبون حاسية خاصة تجاه الايماءات وحركة العين واليد. - نجد أن نتائج هذا البحث بمثابه امتداد لبعض ما أشار اليه الباحثين السابقين حول أهمية التواصل المشبع الذى يصبح العامل الاساسى فى التطور السوى وهو ما أشارت اليها انا "فرويد" من

أن هذا التواصل المشبع المستمر هو الذى يستطيع أن يقدم المناخ الملائم للتوحدات السوية ولاكتمال عمليات النضج.

صلاح الدين عبدالعظيم محمد السرسى:

"الآثار النفسية لغياب النموذج الأبوى [دراسة فى عملية التنشئة الاجتماعية].

رسالة دكتوراة - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٩٠.

[٢]

واجرى البحث على عينه من:- مجموعتين مجموعة تجريبية وعددهم (٥٢) أسرة ومجموعة اخرى ضابطة وتتراوح أعمار الأطفال فى المجموعتين من ٦:٤سنوات وهى من الذكور والاناث. ولقد استخدم الباحث الادوات الآتية:- المقابلة شبه المقيدة. وكانت الفروض والتساؤلات هى:- يترتب على غياب النموذج الأبوى عن الأسرة زيادة مهام دور الأم فى التنشئة الاجتماعية للأطفال مما يترتب عليه غلبة الخصائص الانثوية فى التنشئة الاجتماعية للأطفال. -يغلب على النسق الأسرى المتغيب عنه النموذج الأبوى للعمل خارج الحدود السلوك المتسم بالاتكفاء على النسق الأسرى. - يؤثر غياب النموذج الأبوى سلبياً على التحصيل الأكاديمى للأبناء. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:-١- يترتب على غياب النموذج الأبوى عن الأسرة زيادة مهام دور الأم فى التنشئة الاجتماعية للأطفال. ٢- يترتب على زيادة مهام دور الأم فى عملية التنشئة الاجتماعية للأطفال كنتيجة لغياب النموذج الأبوى غلبة الخصائص الانثوية فى التنشئة الاجتماعية لأطفال العينة

- فيما عدا مجموعة الاناث. ٣-يغلب على النسق الأسرى المترتب عنه النموذج الأبوى للعمل خارج الحدود السلوك المتسم بالاتكاء على النسق الأسرى. ٤- لاتوجد علاقة بين غياب النموذج الأبوى والتحصيل الاكاديمى للأبناء.

عزة عبدالجواد محمد:

"استخدام السيكودراما فى علاج بعض المشكلات النفسية لأطفال سن ماقبل المدرسة".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٠.

[٤]

يهدف البحث إلى يهدف البحث الحالى إلى محاولة استخدام السيكودراما كأسلوب علاجى لمجموعة من الأطفال الذين يعانون من بعض السلوكيات المضطربة كالعدوان واضطراب تلق الانفعال ثم قياس معدل السلوك المضطرب لدى الأطفال قبل وبعد استخدام السيكودراما كأسلوب علاجى موجه للطفل وذلك من خلال مقياس اضطراب السلوك لطفل ماقبل المدرسة (من إعداد الباحثة) والقائم على ملاحظة المتصلين بالطفل والمعايشين له للتعرف على معدل التحسن الذى قدر يطرأ على سلوك الطفل لأستخدام السيكودراما وأجرى البحث على عينة من تكونت عينة الدراسة من ٣٠ طفل وطفلة من فئة العمر من ٣:٦ سنوات قسموا على مجموعتين :المجموعة الأولى : مجموعة الذكور وتقسيمها كالتالى :(١٠) أطفال

مجموعة العدوان.(٥) أطفال مجموعة اضطراب التجنب.(٣) أطفال مجموعة قلق الانفعال.واستخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١- مقياس جود انف - هاريس للذكاء.٢- مقياس اضطراب السلوك لطفل ماقبل المدرسة (من إعداد الباحثة). ٣- دراسة الحالة. ٤- السيكودراما.وكانت الفروض والتساؤلات :

١- هناك فروق ذات دلالة إحصائية العدد للأعراض التى يعانى منها الطفل وبعد العلاج بالسيكودراما لصالح العلاج ويشتق من ثلاث فروق فرعية.أ- هناك فروق ذات دلالة إحصائية لعدد الأعراض التى يعانى منها الطفل فى مجموعة العدوان (اضطراب السلوك قبل وبعد العلاج بالسيكودراما لصالح العلاج) ب- هناك فروق ذات دلالة إحصائية لعدد الأعراض التى يعانى منها الطفل فى مجموعة اضطراب التجنب قبل وبعد العلاج السيكودرامى لصالح العلاج.جـ- هناك فروق ذات دلالة إحصائية لعدد الأعراض التى يعانى منها الطفل فى مجموعة اضطراب قلق الانفصال بعد وقبل العلاج لصالح العلاج.٢- هناك فروق ذات دلالة إحصائية فى نسبة الذكاء بين مجموعة العدوان ومجموعة اضطراب التجنب لصالح مجموعة العدوان ويشتق منها فرضا أخر أن :أ- هناك فروق ذات دلالة إحصائية فى نسبة الذكاء بين مجموعة العدوان ومجموعة اضطراب قلق الانفصال لصالح مجموعة العدوان.ب- هناك فروق ذات دلالة إحصائية فى نسبة الذكاء بين مجموعة اضطراب التجنب واضطراب قلق الانفصال لصالح مجموعة اضطراب التجنب.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- وجود فروق ذو دلالة إحصائية بين مجموعة العدوان ومجموعة اضطراب التجنب فيما يتعلق

بالذكاء وذلك لصالح أطفال مجموعة العدوان.٢- وجود فروق ذوى دلالة إحصائية بين مجموعة العدوان ومجموعة اضطراب قلق الانفصال فيما يتعلق بالذكاء وذلك لصالح مجموعة العدوان.٣- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة اضطرب التجنب ومجموعو اضطراب قلق الانفصال فيما يتعلق بالذكاء.٤- وجود فرق ذوى دلالة إحصائية لعدد الأعراض التى يعانى منها أطفال مجموعة العدوان قبل وبعد العلاج بالسيكودراما لصالح العلاج.٥- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لعدد الأعراض التى يعانى منها مجموعة أطفال مجموعة اضطراب التجنب قبل وبعد العلاج بالسيكودراما لصالح العلاج.٦- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية للأعراض التى يعانى منها أطفال مجموعة الأضطراب القلق والانفصال قبل وبعد العلاج بالسيكودراما.

عزه خليل عبدالفتاح:

"اللعب كأسلوب لحل بعض المشكلات دراسة تجريبية على أطفال مرحلة ماقبل المدرسة".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٠م.

[٥]

تهدف الدراسة إلى : التحقق من الفروض.وأجرى البحث على عينة من: ١٢٨ طفل قامت بتقسيمهم إلى أربعة مجموعات تجريبية يبلغ عدد كل منها (٣٢) طفل وكانت أعمارالأطفال تقع بين ٦:٤ سنوات وهو سن ماقبل المدرسة وقد كانت المجموعات التجريبية الأربعة هى كالآتى.١- مجموعة

اللعب بالخامات التباعدية.٢- مجموعة اللعب بالخامات التقاربيه. ٣- مجموعة ملاحظة الانشطه التباعدية. ٤- مجموعة ملاحظه الانشطه التقاربية. واستخدم الباحث الأدوات الآتية :١- اختبار التفكير الابتكارى عند الأطفال باستخدام الحركات والافعال (اعداد بول تورانس). ٢- مقياس جود انف - هارس للذكاء.٣- مؤشرات المستوى الاقتصادى والاجتماعى. ٤- مقياس دبرا بيلر. DEBRA PELER وكانت الفروض والتساؤلات :١- لايوجد فرق ذو دلاله احصائية فى حل المشكلات التباعديه لدى الأطفال موضع الدراسة باختلاف طريقة المشاركه (لعب - مشاهدة). ٢- لايوجد فروق ذات دلالة احصائية فى حل المشكلات التباعدية لدى الأطفال موضع الدراسة باختلاف أسلوب الممارسة.٣- لايوجد فروق ذو دلالة احصائية فى المشكلات التباعدية لدى الأطفال موضع الدراسة بأختلاف الجنس. ٤- لايوجد فروق ذات لادلة احصائية فى حل المشكلات التقاربية لدى الأطفال موضع الدراسة بأختلاف طريقه المشاركة.٥- لايوجد فروق ذات دلاله احصائية فى حل المشكلات التقاربية لدى الأطفال موضع الدراسة بأختلاف الجنس. ٦- لايوجد فروق ذو دلالة احصائية فى حل المشكلات التباعدية لدى الأطفال موضع الدراسة باختلاف السن. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى : * وجدت فروق ذات دلالة احصائية فى حل المشكلات التباعدية لدى الأطفل موضع الدراسة باختلاف طريقة المشاركة.* وجدت فروق ذات دلالة احصائية فى حل المشكلات التباعدية لدى الأطفال موضع الدراسة باختلاف اسلوب الممارسة. * وجدت فروق ذات دلالة احصائية فى حل

المشكلات التباعدية لدى الأطفال موضع الدراسة باختلاف السن.* وجدت فروق ذات دلالة احصائية فى حل المشكلات التباعدية لدى الأطفال باختلاف تفاعل متغيرات طريقة المشاركة وأسلوب الممارسة والجنس.* وجدت فروق ذات دلالة احصائية فى حل المشكلات التقاربية لدى الأطفال موضوع الدراسة باختلاف طريقة المشاركه (لعب - مشاهدة). * وجدت فروق ذات دلالة احصائية المشكلات التقاربية لدى الأطفال موضع الدراسة باختلاف الجنس، * وجدت فروق ذات دلالة احصائية فى حل المشكلات التقاربية لدى الأطفال موضع الدراسة تفاعل متغيرى اسلوب الممارسة والجنس.

مدحت الطاف عباس أبو العلا:

دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسم".

رسالة دكتوراة - كلية البنات - جامعة عين شمس - ١٩٩٠.

[٦]

ويهدف البحث الى:- تخفيض مستوى القلق لدى أطفال المرحلة الابتدائية باستخدام الرسوم مع الأطفال ذوى المستويات العالية من القلق. واجرى البحث على عينه من:- (٢٠٠) تلميذاً وتلميذة من مدرسة أسوان بنات الابتدائية المشتركة من (٦) فصول من الصف الخامس الابتدائى بلغت (١٥٠) تلميذاً و (١٥٠) تلميذة. واستخدم الباحث الادوات الآتية:-١- مقياس لقياس قلق الأطفال إعداد الباحث. ٢- برنامج للرسوم الحرة الموجهة إعداد الباحث . ٣- اختبار الذكاء المصور إعداد أحمد ذكى صالح. وكانت

الفروض والتساؤلات هي:-١- هل يمكن للرسوم تخفيض مستوى القلق لدى الاطفال؟. ٢- أيهما أكثر تخفيضا للقلق لدى الأطفال الرسوم الحرة أم الموجهة فى تخفيض مستوى القلق لديهم؟. ٣- أى الجنس الذكور او الاناث أكثر تأثراً بالرسم فى تخفيض مستوى القلق لديهم؟. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:-١- وجود فروق دالة إحصائيا بين التطبيق القبلى والبعدى لدى أفراد العينة التجريبية على مقياس القلق بعد تطبيق طريقة الرسم الحر والموجهة يؤكد تأثير الرسوم فى تخفيض مستوى القلق لدى الأطفال عينه الدراسة. ٢- تبين إرتفاع درجات الفروق فى طريقة الرسم الحر عن طريق الرسم الموجه مما يؤكد على أن طريق الرسم الحر أكثر فاعلية فى تخفيض مستوى القلق لدي الاطفال. ٣- اثبتت الدراسة أن كلا من الذكور والاناث قد أظهروا دلالة احصائية تجاه الرسم وعند مقارنة درجات الذكور والاناث تبين إرتفاع الفروق لدي الاناث عن الذكور.

سلوى شوقى عبد المسيح راغب:

"الحاجات النفسية لدى أطفال المؤسسات الايوائية وعلاقاتها بالعدوانية".

رسالة دكتوراة - كلية الاداب -جامعه الزقازيق- ١٩٩١.

[٧]

تهدف الدراسة الى:-١- الكشف عن العلاقة بين كل من الحاجة إلى الامن - الحب - العطف - التقبل من الاخرين - الانتماء - الاستقلال

والسلوك العدواني لدى أفراد العينة. ٢- التعرف على العلاقات بين الحاجات النفسية لأطفال المؤسسة ومدة الاقامة فيها. ٣- التعرف على الفروق بين أطفال المؤسسات وأطفال الأسر في الحاجات السابق ذكرها. ٤- التعرف على الفروق بين أطفال المؤسسات وأطفال الأسر العادية في السلوك العدواني واللفظي. ٥-التعرف على الفروق بين أطفال المؤسسات وأطفال الأسر العادية من حيث العلاقة بين الحاجات النفسية والسلوك العدواني. وأجري البحث على عينه من: - مجموعة من أطفال المؤسسات ٣٥ ذكور، ٣٥ أناثاً وتتراوح الاعمار بين ١٠-١٢ سنة وبالصف الخامس والسادس ومدة الاقامة في المؤسسة لاتقل عن سنتين ولاتزيد عن ١٠ سنوات. - مجموعة من أطفال الأسر العادية (٣٥) ذكور، (٣٥) اناث والاعمار بين ١٠- ١٢سنة ملتحقين بالصف الخامس والسادس ومقيمين مع الوالدين. واستخدمت الباحثة الأدوات الآتية:-• إستمارة بيانات شخصية (إعداد الباحثة). • استمارة الحاجات النفسية (إعداد الباحثة). • إختبار الذكاء المصور (أحمد زكى صالح). • مقياس السلوك العدواني (إعداد نجوى شعبان خليل). • إستمارة المستوى الاقتصادي / الاجتماعي. • إستمارة المقابلة الشخصية إعداد (صلاح مخيمر). • إختبار تفهم الموضوع إعداد (هنرى موراى). وكانت الفروض والتساؤلات هي:-١- توجد علاقة إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات اشباع كل من الحاجات السابق ذكرها لدى أطفال المؤسسات وأطفال الأسر ودرجات العدوانية كما تقاس على المقياس المستخدم. ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال

المؤسسات واطفال الأسر العادية فى الحاجات النفسية لصالح أطفال الأسر العادية. ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المؤسسات واطفال الأسر العادية والسلوك العدوانى البدنى واللفظى لصالح أطفال المؤسسات.
٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى مؤسسات ذوى الإقامة (الأقل - الأكثر) من خمسة فى الحاجات النفسية لصالح الاقل من خمسه. ٥- توجد فروق ذات دلاله احصائيه من متوسط الدرجات التى يحصل عليها أطفال المؤسسات الايوائية فى الحاجات النفسية الذين لديهم مدة اقامة أكثر من ٥ سنوات والذين لديهم مده اقامة أقل من خمسة سنوات لصالح المجموعة الاقل من خمس سنوات. وكانت النتائج التى توصل إليها البحث ١- وجود فروق من المجموعتين فى الحاجه إلى الامن لصالح مجموعة أطفال الأسر العادية وأيضاً على باقى متغيرات موضوع الدراسة (الحب والعطف، الحاجه إلى التقبل من الاخرين الحاجه إلى الاستقلال). ٢- الذكور أكثر عدوانا من الإناث فى السلوك العدوانى البدنى المباشر وغير المباشر، وأيضاً فى السلوك العدوانى الموجه للزملاء وللنفس وللاخرين. ٣- وجدت فروق بين المجموعتين فى السلوك العدوانى اللفظى المباشر وغير المباشر لصالح أطفال المؤسسات الايوائيه. ٤- وجدت فروق بين المجموعتين الاكثر من خمس سنوات اقامه والاقل من خمس سنوات اقامة فى الحاجه إلى الامن والحاجة إلى الحب والعطف، التقبل من الاخرين الحاجه إلى الانتماء والاستقلال لصالح الأطفال ذو الاقامة الاقل من خمس سنوات داخل المؤسسة.

عبد النبي علي السيد سلامة:

"دراسة لبعض العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بهروب تلاميذ الحلقة الثانية بمرحلة التعليم الأساسي من المدرسة (الطفولة الوسطى ٦-٩) سنوات".

رسالة ماجستير - كلية التربية - جامعة قناة السويس - ١٩٩١.

[٨]

تهدف الدراسة إلى :- الكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بهروب تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي من المدرسة ومن هذه العوامل الحاجات النفسية للتلاميذ - اتجاهات المعلمين نحو التلاميذ كما يدركها التلاميذ.- العلاقات الاجتماعية بين التلاميذ كما يدركها التلاميذ التحصيل الدراسي للتلاميذ.- والمستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وذلك بالكشف عن دلالة الفروق بين مجموعتين .وأجرى البحث على عينة من التلاميذ :المنتظمين بالمدرسة ومجموعة أخرى من الهاربين في هذه المتغيرات السابقة.عينة البحث :عينة من تلاميذ الصف الثامن والتاسع بالحلقة الثانية من التعليم الأساسي وبلغت ٢٨٤ تلميذ قسمت مجموعتين إحداهما منتظمة وبلغت ١٥١ تلميذا والثانية من الهاربين وبلغت ١٣٣ تلميذا وأخذت من خمسة مدارس من محافظة الاسماعيلية بطريقة عشوائية.وكانت الفروض والتساؤلات :١- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مجموعة التلاميذ المنتظمة في المدرسة ومتوسط درجات مجموعة بين التلاميذ الهاربين من المدرسة في الحالات النفسية للتلاميذ لصالح مجموعة

المنتظمين.٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات مجموعة التلاميذ المنتظمين فى المدرسة ومتوسط درجات مجموعة التلاميذ الهاربين من المدرسة فى اتجاهات المعلمين نحو التلاميذ لصالح المنتظمين فى المدرسة.٣- توجد فروق بين المجموعتين السابقتين فى العلاقات الاجتماعية بين التلاميذ لصالح المنتظمين.٤- توجد فروق بين المجموعتين السابقتين فى التحصيل الدراسى لصالح المنتظمين فى المدرسة.٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين السابقتين فى المستوى الاجتماعى الاقتصادى لصالح المنتظمين.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :أولاً : توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات مجموعة التلاميذ المنتظمين ومتوسط درجات مجموعة التلاميذ الهاربين من المدرسة لصالح المنتظمين فى الحاجات النفسية الآتية :١- النظام. ٢- التحمل. ٣- التحصيل. ٤- التسغير.ثانياً : توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات مجموعة المنتظمين والهاربين لصالح التلاميذ الهاربين فى حاجات.١- الاستعراض.

٢- الاستقلال. ٣- الخصمية الغيرية.٤- العدوان.ثالثاً : لاتوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات مجموعة التلاميذ المنتظمين والهاربين فى حاجات العاضدة والسيطرة والعطف والتواد والتسائل ولوم الذات والخضوع. رابعا: توجد فروق دالة إحصائياً بين المنتظمين والهاربين لصالح المنتظمين فى ادراك التلاميذ.

عصام عبداللطيف عبدالهادي:

"أساليب التنشئة للاسرة وعلاقتها بمستوى القلق لدى الأبناء".

رسالة ماجستير - كلية الآداب - جامعة الزقازيق - ١٩٩١.

[٩]

تهدف الدراسة إلى :التعرف على العلاقة بين اساليب التنشئة الأسرية المتمثلة فى القبول - والرفض الوالدى ومستوى القلق لدى الأبناء.- التعرف على الفروق بين الأبناء مرتفعى القلق والأبناء منخفضى القلق فى ادراكهم للقبول الوالدى.- التعرف على تأثير كل من اساليب التنشئة الأسرية من الأب والأم المتمثلة فى القبول، اللامبالاة والرفض وكذلك الجنس والترتيب الميلادى وتفاعلهما معاً على فى درجات مقياس القلق لدى الأبناء.وأجرى البحث على عينة من :١٩٤ طفلاً وطفلة (١٠٤) ثلاثة ٩٠ ذكوراً، وتراوحت أعمارهم مابين ١٠ سنوات و٣ شهور و١٢ سنه و٨ شهور وهم من اربع مدارس ابتدائية حكومية بمحافظة الشرقية بالصف الخامس من التعليم الأساسى عن العام الدراسى (١٩٨٩-١٩٩٠).واستخدم الباحث الأدوات الآتية :(استبيان القبول - والرفض) الوالدى لرونالدب - ترجمة وإعداد ممدوحة محمد سلامة".- مقياس القلق الظاهر للأطفال لكستاندا وآخرون ترجمه وإعداد رشاد عبدالعزيز".- مقياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية "إعداد كمال الدسوقى، محمد بيومى خليل".- استمارة جمع البيانات "إعداد الباحث".وكانت الفروض والتساؤلات هى :- ترتبط درجات إدراك القبول من قبل الوالدين لدى الأبناء بدرجاتهم على مقياس القلق ارتباطا عكسياً سالباً.-

ترتبط درجات إدراك الرفض من قبل الوالدين لدى الأبناء بدرجاتهم على مقياس القلق إرتباطاً طردياً موجباً.- توجد فروق دالة إحصائياً متوسط درجات الأبناء منخفضى القلق ومرتفعى القلق فى ادراكهم للقبول الوالدى والفروق إلى جانب الأبناء منخفضى القلق.- يوجد تأثير دال إحصائياً لكل من اساليب التنشئة الأسرية من قبل الأب والأم وكذلك الجنس والمستوى الاجتماعى الاقتصادى والترتيب الميلادى على درجات مقياس القلق لدى الأبناء.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين القبول الوالدى ودرجة القلق.- وجود علاقة ارتباطية طردية بين الرفض الوالدى ودرجة القلق.- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأبناء منخفضى القلق ومرتفعى القلق فى إدراكها للقبول الوالدى لصالح الأبناء منخفضى القلق.عند دراسة لأساليب التنشئة الأسرية من قبل الأب: بالنسبة لمتغيرات الدراسة (الدفء والمحبة) (العدوان - العداء) (الاهمال واللامبالاه).* وجد أن هناك تأثير دال إحصائى بالنسبة لمتغيرات الدراسة على متوسطات درجات مقياس القلق لدى الأبناء، لايوجد تأثير دال إحصائيا للرفض عند المحدد على متوسطات درجات مقياس القلق.* عند دراسة لأساليب التنشئة الأسرية من قبل الأم بالنسبة لمتغيرات الدراسة أظهرت أنه يوجد تأثير دال إحصائى على متوسطات درجات القلق.- أظهرت النتائج انه توجد علاقة إرتباطية عكسية بين القبول الوالدى ودرجة القلق وعلاقة طردية بين الرفض ودرجة القلق.- توجد فروق دالة إحصائياً لوما دار ٠.٠٥، ٠.٠١ للأب والأم على التوالى بين الأبناء منخفض القلق ومرتفعى القلق فى إدراكهم

للقبول الوالدى لصالح الأبناء منخفض القلق. -عند دراسة أساليب التنشئة الأسرية من قبل الأب بالنسبة لمتغيرات الدراسة (الدفء - والمحبة) (العدوان/ العداء). الأهمال واللامبالاة وجدان هناك تأثير دال إحصائي بالنسبة للمتغيرات على متوسطات درجات مقياس القلق لدى الأبناء.- لاتوجد تأثير دال إحصائيا للرفض غير المحدد على متوسطات درجات مقياس القلق. وعند دراسة أساليب التنشئة الأسرية من قبل الأم بالنسبة لمتغيرات الأهمال .- اللامبالاة الدفء والمحبة، العدوان والعداء، أسلوب الرفض غير المحدد، الدرجة الكلية للرفض لظهرت انه يوجد تأثير دال إحصائي على متوسطات درجات القلق.

عفاف ممدوح سالم رفعت:

"الاضطرابات السلوكية فى أطفال المدارس الأبتدائية دراسة مقارنة بين الذكور والاناث".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - عين شمس١٩٩١".

[١٠]

ويهدف البحث الى: تحديد معدل انتشار الاضطرابات السلوكية وهى اضطرابات الانتباه المصحوبة بالنشاط الزائد - اضطرابات الجنوح الاجتماعى - اضطرابات المعارضة المتحدية فى أطفال المدارس الأبتدائية والمقارنة بين الإناث والذكور .واجرى البحث على عينه من:متوسط العمر لأفراد العينه ٨سنوات + ١,٥ للذكور +١,٣ للأناث من المدارس

الأبتدائية.واستخدم الباحث الأدوات الآتية: تعرض الأطفال للتحص النفسى والعصبى والاكلينيكى اختبار رسم الرجل لقياس الذكاء.اختبار الشخصية للصغار.وكانت الفروض والتساؤلات:ماهو معدل انتشار الاضطرابات السلوكية فى أطفال المدارس الأبتدائية وهى اضطرابات الانتباه المصحوبة بالنشاط الزائد - اضطربات الجنوح الاجتماعى - لضطرابات المعارضة المتحدية؟ وكانت النتائج التى توصل اليها البحث: هناك دلالة احصائية فى المقارنة بين أسر هولاء الأطفال والمكونة من تسعة افراد فاكثر مع وجود دلالة احصائية للحماية الوالدية، كما وجدت دلالة احصائية لعمل الام حيث أن كثير من ذكور هذه العينة لأمهات عاملات وكان توزيع هذه الاضطرابات السلوكية ٣٪ ذكور مصابين باضطرابات فى الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ١,٨٪ ذكور مصابين بالجنوح الاجتماعى ٤٪ أطفال مصابين بالمعارضة المصحوبة بالتحدى كما وجد الباحث فى أطفال مدرستين ابتدائيتين بحى شبرا بالقاهرة وعددهم (١٠٨٥) ٥١ ذكور و٢٣ انثى مصابين بهذه الاضطرابات السلوكية، حيث أن معدل انتشار هذه الاضطرابات السلوكية ٦,٨٪ فى كلا المدرستين وانها ٨,٩٪ بالنسبة للذكور و ٤,٥٪ للأناث.وهناك بعض الاضطرابات السلوكية الاخرى مثل اضطرابات الأكل والنوم والكلام والخوف والغضب الشديد وقضم الاظافر ومص الاصابع والتحكم البولى قد تصاحب الاضطرابات السلوكية المزمنة والانطواء والعصابية.

علي فالح حمد هنداوي:

"التنشئة الوالدية والسلوك الاجتماعي للأبناء - دراسة نفسية اجتماعية لادراك الأبناء في الريف والمدن لنوع معاملة والديهم لهم وعلاقته بسلوكهم الإجتماعي".

رسالة دكتوراة - معهد الدراسات العاليا للطفولة - جامعة عين شمس ١٩٩١م.

[١١]

تهدف الدراسة الى:- تحديد العلاقة بين اتجاهات التنشئة الوالدية وبين السلوك الاجتماعي للأبناء في الريف والمدينة. وأجرى البحث على عينه من:- تلاميذ الصفوف الاعدادية الثلاثة الذكور منهم فقط وعددهم (١٥٤٠٩٠) تلميذ يتوزعون على أنحاء الجمهورية العربية اليمنية تم اختيار منهم بالطريقة العشوائية عينه الدراسة المكونة من ٢٨٠ تلميذ من أبناء المدينة و ٢٢٠ تلميذ من ابناء الريف والمجموعة الثانية فيها عشر فئات وأفراد كل فئة ممن حصلوا على درجات أعلى من درجات محكية محدودة والمجموعة الثالثه عشرون فئة من أبناء المدينة وأبناء الريف مع ضبط هذه المتغيرات الجنس والعمر ١٤-١٧ عام والمستوى الثقافي من تلاميذ المرحلة الإعدادية في المدارس الحكومية. وأستخدم الباحث الأدوات الآتية. ١- مقياس الاتجاهات الوالدية في التنشئة بصورتية أ- للأب ب-للأم٢- مقياس السلوك الاجتماعي للأبناء وهما:-أ- المقياس اللفظي ب- مقياس الأشكال. وكانت الفروض والتساؤلات هما أ- هل توجد علاقة ارتباطية بين اتجاهات

للتنشئة الوالدية وبين السلوك الاجتماعي للأبناء في المدينة والريف وما مدى تلك العلاقة؟ب- هل توجد فروق بين أبعاد السلوك الاجتماعي لأبناء المدينة وأبناء الريف الذين يعاملون بتنشئة والدية متماثلة وهل تلك الفروق دالة إحصائياً وما مدى تلك الفروق؟ ج- هل توجد فروق بين اتجاهات التنشئة التي يمارسها الأب على أبنائه وبين اتجاهات التنشئة التي تمارسها الأم اليمنية على أبنائها؟وكانت النتائج التي توصل إليها البحث• يتأثر سلوك المسايرة عند الأبناء إيجابياً بديمقراطية وحماية الأب وكذلك بإستقلالية وحماية وتقبل الأم وسلباً بتسلط الأب وكذلك بتسلط الأم والاتجاه الذي يسهم به الوالدان معه في تشكيل هذا السلوك هو الديمقراطية. •يتأثر سلوك الإستقلال عند الأبناء إيجابياً باستقلالية وتقبل الأب وأيضاً بديمقراطية الأم كما يتأثر سلباً بحماية الأب. • خلاصة القول توجد فروق بين السلوك الاجتماعي وأبناء المدينة لأبناء الريف عند جميع فئات المجموعة الثانية من مجموعات الدراسة عندما تتماثل الاتجاهات الوالدية في التنشئة عدا فئات حماية الأم في سلوك المسايرة وحماية الأب وتسلط الأم في سلوك المضادة وتقبل الأم في سلوك الإستقلالية. • أن الفروق بين الأباء في المدينة والأباء في الريف أقل منها بين الأمهات في المدينة والريف وقد يرجع ذلك إلى كون اتصال رجال الريف بالمدينة أكثر من النساء لذلك تقل الفروق بينهم.

فاطمة محمد الحسيني الشرقاوي:

"العلاقة بين ممارسة سيكولوجية الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لتلاميذ الأسر ذات الطرف الوالدي الواحد".

رسالة دكتوراة - كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان - ١٩٩١م.

[٤١٢]

ويهدف البحث الى:-١- القاء الضوء على الاثار النفسية والاجتماعية اللاتوافقية للتلاميذ المترتبة على الحرمان من دور الأب بالوفاه سواء داخل الأسر او في المدرسة وما يعترضه من ضغوط تؤثر على توافقهم النفسي والاجتماعي. ٢- إضافة قد تساعد على اثراء البناء المعرفي النظري والجانب التطبيقي في محاولة الوصول إلى اطار علمي لممارسة طريقة الفرد مع التلاميذ أيتام الأب باستخدام أحد مداخل هذه الطريقة وهو سيكولوجية الذات. وأجرى البحث على عينة من:- ٢٤ تلميذ وتلميذة من أيتام الأب، وتتراوح أعمارهم من ٩- ١٢ سنة ولقد قسمت العينة إلى مجموعتين إحداهم تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منها ١٢ تلميذ وتلميذة. واستخدمت الباحثة الادوات التالية:-• مقياس التوافق النفسي والاجتماعي. • إستمارة بيانات أولية حول التلميذ وأسرته. • السجلات المدرسية والتقارير والمستندات. • الزيارة المنزلية. • المقابلات المهنية بأنوعها المختلفه وتحليل مستوى هذه المقابلات. • الملاحظة البسيطة. وكانت الفروض والتساؤلات:-١- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة مدخل سيكولوجية الذات في خدمة الفرد وتحسين التوافق النفسي للتلاميذ أيتام

الأب.

٢- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة مدخل سيكولوجية الذات فى خدمة الفرد وتحسين التوافق الاجتماعى للتلاميذ أيتام الأب. ٣- توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة مدخل سيكولوجية الذات فى خدمة الفرد وتحقيق التوافق العام (النفسى الاجتماعى) للتلاميذ أيتام الأب. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:- بتحليل نتائج القياس القبلى والبعدى للمجموعتين التجريبية والضابطة ثبتت صحة فروض الدراسة الثلاثة السابق ذكرها. * تبين أن التدخل المهنى بإستخدام مدخل سيكولوجية الذات فى خدمة الفرد له تأثير إيجابى فى تحقيق كثير من التوافق النفسى الاجتماعى للتلاميذ أيتام الأب، وفى ذلك اتفاق للدراسة مع الدراسات السابقة التى إستخدمت نفس المدخل مع فئات اخرى من الأطفال او العملاء.

محمد الشبراوى محمد الانوار النجار:

"دراسة العوامل النفسية المرتبطة بظاهرة البوال العصابى لدى الأطفال بإستخدام المنهج الاكلينيكى".

رسالة دكتوراة - جامعة القاهرة - معهد الدراسات والبحوث التربوية - ١٩٩١.

[١٣]

وتهدف الدراسة الى:- تشخيص حالات البوال المتمثلة فى العينة التى اجريت عليها الدراسة والوقوف على الاسباب النفسية الكامنة وراء

مشكلة البوال. وأجرى البحث على عينه من:- مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية يتكون كل منهما ١٥ طفل فى كل مجموعة وحرص الباحث على التجانس بينهما فى السن والجنس والمستوى التعليمى وبنية الاسرة. واستخدم الباحث الادوات الآتية:-إستخدم الباحث بطارية من الادوات الاسقاطية والسيكومترية ١- بطاقة فحص طبى. ٢- استمارة مقابلة اكلينيكية. ٣- استمارة مستوى إقتصادى وإجتماعى للأسرة. ٤- ادوات سيكومترية. [إختبار ذكاء - مقياس القلق لتيلور- اختبار تقدير الذات - اختبار لشخصية الطفل - اختبار قياس خبرات الطفولة]. ٥- ادوات اسقاطية [اختبار ساكس لتكملة الجملة - إختبار تفهم الموضوع - الملاحظة أثناء التطبيق]: وكانت الفروض والتساؤلات هى:١- توجد فروق ذات دلالة بين الأطفال البواليين وغير البواليين فى درجات المستوى الاجتماعى والاقتصادى، لصالح غير البواليين. ٢- توجد فروق ذات دلالة بين الأطفال البواليين وغير البواليين فى مستوى الذكاء لصالح غير البواليين. ٣- توجد فروق دالة بين الأطفال البواليين وغير البواليين فى مستوى القلق لصالح الأطفال البواليين. وكانت النتائج التى توصل إليها البحث:- اولاً من المقابلة الاكلينيكية الأطفال البواليين ينتمون إلى بيئات أكثر اضطرابا من بيئات غير البواليين ذلك فى جانب أو أكثر على مستوى البيئة الاسرية والمدرسية ثانياً:- نتائج الجانب السيكومترى. ١- توجد فروق بين البواليين وغير البواليين فى المستوى الاقتصادى والاجتماعى للأسرة لصالح غير البواليين. ٢- توجد فروق فى الذكاء لصالح غير البواليين. ٣- توجد فروق فى تقدير الذات لصالح غير البواليين. ٤- توجد

فروق فى التكيف العام ببعديه لصالح غير البوالين ٥- يوجد فروق فى مستوى القلق لصالح البوالين. ٦- توجد فروق فى درجة الاحساس بوطأة احباطات الطفولة لصالح البوالين.

محمد درويش محمد:

"القلق والأبتكار دراسة لفاعلية التحصين التدريجي".

رسالة دكتوراة - كلية البنات - جامعة عين شمس -١٩٩١.

[١٤]

ويهدف البحث الى:-١- استجلاء العلاقة بين القلق الأبتكارى لدى عينه من طلاب الصف الثانى الثانوى العام. ٢- تبين مدى فاعلية العلاج بالتحصين التدريجي فى تخفيف مستوى القلق العالى لدى عينه من طلاب الصف الثانى الثانوى العام كمحاولة للوقوف على أثر ذلك فى مستوى اداتهم الأبتكارى. أجرى البحث على عينه من:- (٩٠) طالبا من طلاب الصف الثانى العام بمدينه القاهرة بعد تجانسها فى الذكاء، المستوى الاجتماعى الاقتصادى، الحالة الدراسية والجنس أما البرنامج العلاجى فقد أجرى على عينه مشتقة من العينة السابقة ذكرها، قوامها ١٥ طالبا ممن يعانون من القلق العالى وإنخفاض اداتهم الأبتكارى. وإستخدم الباحث الادوات التالية:- مقياس القلق (إعداد الباحثة). - إختبار تورانس للتفكير الأبتكارى (بالكلمات - الصورة أ) - إختبار الذكاء العالى (إعداد سيد خيرى). - إستمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى (إعداد سامية القطان) - إستمارة المقابلة الشخصية

(تاريخ الحياة) إعداد صلاح مخيمر. - إستبيان مفتوح الطرف خاصة بالطلاب والمدرس اعداد الباحث البرنامج العلاجى إعداد الباحث. وكانت الفروض والتساؤلات:- افترض الباحث وجود علاقة منحنية بين القلق والأبتكار لدى عينه البحث والدراسة وافترض الباحث أيضاً أن العلاج بالتحصين التدريجى من خلال أثره على القلق يؤدى إلى رفع مستوى الاداء على اختبارات قدرات التفكير الأبتكارى لدى افراد المجموعة التجريبية وقد أشتق من هذا الفرض الفرضين الفرعيين ١- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية فى قدرات التفكير الأبتكارى فى كل من التطبيق القبلى والبعدى وذلك لصالح التطبيق البعدى. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث:-أوضحت النتائج وجود علاقة منحنية بين القلق والأبتكار لدى عينه البحث حيث:-١- وجدت فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠٠١. وفى قدرات التفكير الأبتكارى المدروسة (فروق - اصالة) تبين مجموعتى القلق المنخفض والمتوسط وذلك لصالح القلق المتوسط كما وجدت دالة احصائيا فى قدرات التفكير الأبتكارى المدروسة (طلاق - فروق - إصالة بين مجموعتى القلق المتوسط والمرتفع وذلك لصالح القلق المتوسط). ٢- لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى قدرات التفكير الأبتكارى المدروسة (طلاق - مرونه - اصالة) بين مجموعتى القلق المنخفض والقلق المرتفع. ٣- وجدت فروق دالة احصائيا بين متوسطات درجات افراد المجموعة التجريبية فى قدرات التفكير الأبتكارى المدروسة (طلاق - مرونه) فقط عند مستوى (٠,٠١) دون اصالة فى كل من التطبيق القبلى والبعدى وذلك

لصالح التطبيق البعدى. ٤- لم توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية فى قدرات التفكير الأبتكارى المدروسة (طلاق - مرونه - اصالة) فى كل من التطبيق البعدى والتتابعى.

مهجة عبدالمعز عطية:

"العلاقة بين التنشئة الاجتماعية والتوافق النفسى لدى الأطفال".
رسالة ماجستير - كلية الاداب - جامعة عين شمس - ١٩٩١.

[١٥]

ويهدف البحث إلى :تهدف الدراسة الحالية إلى تقييم إدراك الأطفال المتوافقين والأطفال سيئ التوافق لأساليب التنشئة الوالدية بالإضافة إلى الكشف عند أوجه التشابه والتباين بين المجموعتين على هذه الأساليب.كذلك تهتم الدراسة بالتعرف على مدى العلاقة بين أساليب التنشئة الاجتماعية لدى الأطفال.. وعلى الجانب الآخر تهدف إلى معرفة أثر عامل الترتيب الميلادى للطفل على توافقه.واجرى البحث على عينة من :مجموعتين من الأطفال - المجموعة الأولى تكونت من خمسين طفلاً من الأطفال المتوافقين (ثمانية وعشرين من الأولاد واثنتان وعشرين من البنات) ممن حصلوا على درجات مرتفعة على اختبار الشخصية للأطفال. والمجموعة الثانية تكونت من اربعين طفلاً سيئ التوافق (سبعة عشر من الأولاد وثلاث وعشرين من البنات) ممن حصلوا على أدنى الدرجات فى اختبار الشخصية للأطفال.واستخدم الباحث الأدوات الآتية :١- اختبار الذكاء المصور "إعداد أحمد زكى صالح"

(١٩٧٨).٢- اختبار الشخصية للأطفال "إعداد عطية هنا" (١٩٦٩).٣- استبيان أساليب التنشئة الوالدية "إعداد مايسة المفتى" (١٩٧٩). وكانت الفروض والتساؤلات :١- هل أساليب التنشئة التى تمارسها أمهات المجموعة المتوافقة تختلف عن أساليب التنشئة التى تمارسها أمهات المجموعة سيئة التوافق؟٢- هل أساليب التنشئة التى يمارسها اباء المجموعة المتوافقه تختلف عن أساليب التنشئة التى يمارسها اباء المجموعة سيئة التوافق.٣- هل تختلف أساليب التنشئة التى تمارسها أمهات المجموعة المتوافقة عن الأساليب التى يمارسها آباء نفس المجموعة.٤- هل تختلف أساليب التنشئة التى تمارسها أمهات سيئة التوافق عن الأساليب التى يمارسها آباء نفس المجموعة.٥- هل توجد علاقة بين أساليب التنشئة الوالدية وبين أبعاد التوافق المختلفة.٦- هل لعامل ترتيب الطفل بين أخوته أثر على توافقه.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :- أظهرت نتائج المقارنة بين المجموعتين على اختبار الشخصية وجود فروق ذات دلالة إحصائية عن مستوى دلالة ٠,٠٠١ لصالح الأطفال المتوافقين حيث دلت الفروق على أن هؤلاء الأطفال أكثر اعتماداً على انفسهم وتحملاً للمسئولية كما أن لديهم قدرا كبيرا من الثبات الانفعالى فضلاً عن أنهم أكثر تحرراً من الميول المضاده للمجتمع وخلصهم من الاضطرابات النفسية وعند مقارنة استجابات الأطفال المتوافقين وسئ التوافق على استبيان أساليب التنشئة الوالدين تبين أن بعض المتغيرات دالة إحصائية والبعض الأخر غير دال، فلوحظ أن أمهات الأطفال المتوافقين أكثر رعاية ومصادقة فعلية واكثر تدعيما لأطفالهم من أمهات الأطفال سيئ التوافق.- كذلك تبين أن

هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلاله ٠٥. لصالح الأطفال المتوافقين وذلك فى متغيرمطالب الأنجاز حيث كانت أمهات هذه المجموعة أكثر مطالبة لأطفالهم نحو التقدم والتفوق الدراسى عن أمهات المجموعة الأخرى بينما بينت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠٥. وعلى بعد العقاب لصالح الأطفال المتوافقين فكان من الواضح أن أباء الأطفال المتوافقين أكثر تدعيما عن أباء الأطفال سيئ التوافق بينما جاءت الفروق لصالح الأطفال سيئ التوافق وذلك على بعد العقاب حيث اشارت النتائج إلى :- أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند ٠٠١. على متغيرين المطالبة والعقاب وبمقارنة متوسطات استجابات الأطفال سيئ التوافق على جزئى الأستبيان اتضح انه لاتوجد فروق على ابعاد الأستبيان سوى بعد العقاب حيث كانت النتائج ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠١. لصالح الأمهات مما يدل على أن الأم أكثر قسوه عن الأب فى هذه المجموعة.- اسفرت نتاج معاملات الأرتباط بين المتغيرين وهما التنشئة الاجتماعية والتوافق الاجتماعى العام للأطفال حيث كانت قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠٥. وكذلك كان هناك ارتباط موجب بين بعد المطالب من قبل الأباء والتوافق الاجتماعى للأطفال عند مستوى ٠,٠٥ وأيضاً وجد ارتباط موجب بين بعدى التحكم والتوافق الاجتماعى للأطفال حيث كانت قيمة (ر) دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١.- واشارت نتائج معاملات الأرتباط الخاصة بالأطفال سيئ التوافق إلى وجود ارتباط سالب بين بعد العقاب والتوافق العام للأطفال هذه المجموعة وكانت قيمة (ر) دالة إحصائية عند مستوى ٥.٠-

وأخيرا / اظهرت نتائج ترتيب الطفل بين اخوانه واثره على توافق انه ليس هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية مما يدل على أن ترتيب الطفل لايؤثر على توافقه.

نبوية عبدالعزيز على شاهين:

"الأبعاد الاساسية لشخصية الأطفال فى مرحلة الطفولة المتوسطة (٦-١٢سنه)".

رسالة ماجستير - كلية الاداب - جامعة القاهرة - ١٩٩١.

[١٦]

وتهدف الدراسة إلى دراسة ارتقاء الأبعاد الاساسية لسمات شخصية الأطفال فى مرحلة الطفولة الوسطى التى تمتد من عمر ست سنوات حتى اثنى عشر سنه (٦-١٢) سنة.واجرى البحث على عينة من :١-٦٠ طفل (٣٠ ذكور + ٣٠ اناث) من مدارس المرحلة الأبتدائية حكومى + خاص (٦-١٢ سنة).٢- ٤٠ طفل (٢١ ذكور+ ١٩ اناث).٣- بلغت عينة البحث الاساسية ٦٠٠ طفل (ذكور + اناث) وتم تمثيل كل فصل بـ(١٠٠) طفل ذكور (١٠٠) طفل اناث فى ٦ فصول.وقد استخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١- مقياس الدافعية للانجاز.٢- مقياس الاستقلال ٣- الاجتماعية ٤- العدوانية ٥- الاندفاعية ٦- الميل للعصابية ٧- مركزالتحكم فى التدعيم ٨- الجاذبيه الاجتماعية ٩- الدراسات الاستطلاعية. وكانت الفروض والتساؤلات هى :١- هل يوجد فروق بين ابعاد الشخصية التى تظهر فى بداية هذه المرحلة

وبين الأبعاد التى تظهر فى نهايتها؟ ٢- هل توجد فروق بين ابعاد الشخصية لدى الذكور والاناث؟ وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- أن عينة الإناث من خلال المقارنات أن النسبة الكلية للفوارق ٧١,٦٪ ونسبة الفوارق فى المرحلة العمرية الاولى والثالثه ٧٤,١٪.٢- أن عينة الذكور من خلال المقارنات أن النسبة الكلية ٧١,٦٪ ونسبة الفوارق فى المرحلة العمرية الاولى والثالثه ٨١,٥٪.٣- نسبة المقارنات بين الجنسين ٥١,٩٪ اما فى المرحلة العمرية الاولى ٥٧,١٪ والمرحلة العمرية الثانية ٢٨,٦٪ اما فى الثالثه ٦٤,٣٪.

هالة فؤاد كمال الدين محمد:

"التمركز حول الذات لدى الطفل المتخلف عقلياً".

رسالة ماجستير - كلية الاداب - جامعة عين شمس - ١٩٩١.

[١٧]

وتهدف الدراسة إلى : التعرف على مدى تأثر الطفل المتخلف عقلياً بالتمركز حول الذات من خلال التعرف على هوية التفكير العلمى وادراك الطفل المتخلف عقلياً للعلاقات بين الظواهر والأحداث الفيزيقية المحيطه به وكذلك التعرف على تفكيره الخلقى وأسلوب تعامله الاجتماعى وإدراكه للمفاهيم والقواعد وحكمه على سلوك الأخرين كما تبرز الدراسة إنعكاسات الواقع والظروف والأحداث المحيطه على الطفل المتخلف عقلياً من خلال تحليل محادثاته.واجرى البحث على عينة من ـ(٢٠) طفل وطفله متخلفين عقلياً (١١) من الذكور، (٩) من الإناث تتراوح أعمارهم الزمنية مابين

"١٧٩:٧٠" شهراً كما تتراوح أعمارهم العقلية مابين "٣٦:٩٠" شهراً ونسبة الذكاء تتراوح بين "٣٧:٧٥".وقد استخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١- مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء المصور ل" ١٩٣٧,٢- استبيانات العلية.٣- استبيانات الحكم الخلقى.٤-تسجيل المحادثات وتحليلها.وكانت الفروض والتساؤلات هى : ١- الطفل المتخلف عقلياً المنتمى إلى مرحلة ماقبل العمليات من حيث العمر العقلى متمركز حول الذات بنفس القدر الذى ذكره بياجيه لدى الطفل السوى فى نفس المرحلة العمرية.٢- الطفل المتخلف عقلياً المنتمى إلى مرحلة ماقبل العمليات من حيث العمر العقلى متمركز حول الذات ويستخدم مفاهيم قبل علية لتفسير الظواهر والأحداث البيئية المحيطة به ويستخدم أحكاماً خلقية والعية وأشكالا من المحادثة المتمركزة حول الذات.٣- هناك ارتباط بين متغيرات الذكاء (العمر العقلى – نسبة الذكاء) وكلاً من جوانب الدراسة الحالية "العلية – الحكم الخلقى – المحادثة" وفيما بين مفاهيم الدراسة بعضها البعض.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :- إنتشار ظاهرة التمركز حول الذات لديهم كما إتسمت أحكامهم الخلقية على سلوك الأخرين بإهمال القصد والنية والتركيز على جانب واحد من الظاهرة ورؤية المواقف من خلال الذات بنفس الصورة التى يستخدمها الطفل السوى من نفس المرحلة العمرية واتضح أن العمر العقلى والاستجابة الخاصة بالمحادثات كانتا أكثر المتغيرات ارتباطاً بمفاهيم الدراسة ومفهوم التمركز حول الذات بوجه عام وأن المحادثة والكلام تتدخل فى كل المفاهيم الاخرى سواء المفاهيم الخاصة بالعلية أو المفاهيم الخاصة بالحكم الخلقى وأن الطفل

المتخلف عقليا لايستجيب دائماً وفقاً لمرحلة واحدة قد تشير اجاباتهم فى كل أداه إلى مرحلة مختلفة من مراحل النمو.

امال كمال محمد:

"التخيل لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية".

رسالة ماجستير - كلية الآداب - جامعه عين شمس - ١٩٩٢.

[١٨]

تهدف الدراسة إلى :١- التحقق من التعارض بين الدراسات السابقة. ٢- الكشف عن طبيعة الحياة التخيلية لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية.٣- معرفة الديناميات النفسية المميزة لهؤلاء الأطفال فى فئات مرضية مختلفة.واجرى البحث على عينة من :"١٥" طفل وطفلة مقسمين على ثلاث مجموعات "الربو الشعبى - الأكزيما التأتبة - الثعلبه". كل مجموعة "٥" حالات تتراوح أعمارهم ما بين "٦-١٠" سنوات.واستخدم الباحث الأدوات الآتية:١- المقابلة المنظمه. ٢- اختبار رسم الرجل لجودانف.٣- اختبار تفهم الموضوع للأطفال (الكات).٤- اختبار رسم الأسرةالمتحركة.٥- الرسم الحر.وكانت الفروض والتساؤلات هى :هل هناك تخيلات لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية فى الفئات التالية "الربو الشعبى:- الثعلبة - الأكزيما التأتبيه. - ماطبيعة تلك التخيلات؟- ماهى الابعاد الدينامية المميزة لكل فئة من هذه الفئات على حده؟وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى : هناك تخيلات لدى الأطفال المصابين

بالأمراض السيكوسوماتيه فى الفئات التالية " الربو الشعبى - الثعلبة - الأكثر بما التاتيه"- بعض هذه التخييلات تتميز به الفئات الثلاثه وبعضها تختلف فيه والتخييلات التى تشترك فيها المجموعات الثلاثه هى تخييلات خاصة بمخاوف الانفصال والنبذ من الأم - صراعات تتعلق تخييل المشهد الأول - عدم فض الموقف الأوديبى صراعات تتعلق بالاعتمادية والاستقلالية عن الأم - اضطرابات فى النوم "فزع اثناء النوم" "فوبيا الظلام.

امانى حلمى أمين:

"اعداد برنامج علاجى للمتخلفين قرائياً من تلاميذ الصف الخامس الابتدائى".

رسالة ماجستير - كلية التربية - جامعة جنوب الوادى - ١٩٩٢.

[١٩]

ويهدف البحث إلى :التعرف من خلالها على التلاميذ المتأخرين فى القراءة الجهرية وتشخيص مظاهر تأخرهم ثم وضع البرنامج العلاجى الملائم لهم ولذلك تحددت مشكلة البحث فى اعداد برنامج علاجى للمتخلفين قرائياً من تلاميذ الصف الخامس الابتدائى.واجرى البحث على عينة من تلاميذ وتلميذات الصف الخامس الابتدائى.واستخدمت الباحثة الأدوات التالية يستخدم هذا البحث مايلى:١- اختبار الذكاء المصور (أحمد ذكى صالح)٢- اختبار القراءة الجهرية (المتدرج وهو يتكون من صورتين متكافئتين طبقت الصورة الأولى منه على التلاميذ والتلميذات لتشخيص الأخطاء اما الصورة

الثانية لاستخدمت لتقويم نهائى بعد لخذهم البرنامج العلاجى.٣- بطاقة رصد الأخطاء وذلك لتصنيف الأخطاء ومعرفة عددها فى كل مهارة. ٤- جهاز تسجيل.٥- شريط كاسيت. ٦- لختبار الذكاء المصور.وكانت الفروض والتساؤلات : طبقت الفروض كالتالى:١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات تلاميذ المجموعة التجريبية فى الأختبار القبلى والبعدى للأخطاء الخاصة بمهارة القراءة الجهرية لصالح الأختبار البصرى.٢- لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات التلاميذ المجموعة الضابطه فى الأختبار القبلى والبعدى للأخطاء بمهاراه القراءة الجهرية موضوع الدراسة.٣- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطى درجات المجموعتين التجريبية والضابطه فى الأختبار البعدى.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- يعانى تلاميذ وتلميذات الصف الخامس الابتدائى من التأخر فى بعض مهارات القراءة الجهرية وكانت أكثر اخطائهم تتعلق بمهارات التعرف على الكلمة والتكرار والاضافه بنسب تتراوح بين ٩٠٪- ٩٥٪ ماعدا مهاره الحذف التى يخطئون فيها بنسبة ١٢٪ ومهاره الابدال بنسبة ٥٣٪ .٢- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين اداء تلاميذ المجموعة التجريبية من الجلسين قبل الاستعانه بالبرنامج العلاجى والفرق لصالح البرنامج العلاجى.٣- تلاميذ المجموعة الضابطه حدث لهم بعض التقدم فى بعض مهارات القراءة الجهرية وهذا التقدم يعد ضئيلاً اذا ماقورن باداء المجموعة التجريبية.٤- ادى تدريس البرنامج العلاجى لتلاميذ المجموعة التجريبية إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات افراد

المجموعة التجريبية والضابطه وهذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية.٥- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية مبينه مستوى تلاميذ المجموعة التجريبية من الجنسين وذلك فى الأختبار البعدى.

بسيونى بسيونى السيد سلم:

"الأعراض العصابية الشائعه لدى أطفال المرحلة الابتدائية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية فى الاسرة".

رسالة دكتوراة - كلية التربية - قسم الصحة النفسية -١٩٩٢.

[٢٠]

ويهدف البحث الى: ١- الكشف عن الفروق بين الأطفال وفقاً للعمر (طفل وسطى، متأخرة) والجنس (ذكور / إناث) ونوع التعليم (عام/ ازهرى) والترتيب الولادى للطفل (أول / وسط/ اخير) والخلفية الثقافية (ريف / حضر) فى الاعراض العصابية. ٢- تحديد علاقة الاعراض العصابية لدى الأطفال بكل من إدراكها للممارسات الوالدية ومستوى تعليم الأب ومهنته وحجم الأسرة والاضطرابات النفسية لدى الوالدين. وأجرى البحث على عينه من: المفحوصين اختيرت عينه عشوائية من أطفال المدارس الابتدائية تراوحت اعمارهم ما بين السادسة والحادية عشر بلغ عددهم الف طفل وطفله. واستخدم الباحث الادوات الآتية١-مقاييس الاعراض العصابية. ٢- هناك بعض المقاييس التى تقيس المخاوف المرضية ويمكن أن تنقسم إلى نوعين. أ-مقاييس تقيس المخاوف المرضية بشكل عام مثل قائمة مسح

المخاوف المعدلة للأطفال (٢٣) مقياس المخاوف المرضية (٢٧) إختبار الخوف للأطفال "٢٤". -استبيان مسح الخوف للإطفال (٢٥) مقياس المخاوف المرضية الفوبيا (٢٦). (ب) مقياس يقيس المخاوف النوعيه مثل، هناك مقاييس التى تقيسها الحصر مثل . هناك بعض المقاييس التى تقيس الاكتئاب مثل . وكانت للفروض والتساؤلات:-١-لاتوجد فروض دالة احصائيا بين الأطفال المرحلة الوسطى من (السادسة حتى الثامنة) واطفال المرحلة المتأخرة(من ٩ إلى ١١) فى متغيرات الاعراض العصابية (الخوف من الظلام) من المدرسة من الاخرين ومن الاماكن ومن الحيوانات الحصر الاكتئاب الدرجة الكلية للاعراض العصابية. ٢- لاتوجد فروض دالة احصائيا بين أطفال التعليم العام والازهرى فى متغيرات الاعراض العصابية ، (لاتوجد فروق دالة احصائيا بين أطفال التعليم العام والازهرى فى متغيرات الاعراض العصابية)، لاتوجد فروض دالة احصائيا بين الأطفال ذوى الترتيب الولادى الأولى والوسط والاخير لاتوجد فروق بين أطفال الحضر والريف فى الاعراض العصابية لايوجد فروق بين أثر تفاعل كل من العمر الجنسى والعمر ونوع التعليم والعمر والترتيب الولادى على الاعراض العصابية. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث: لم يوجد فروق بين أطفال المرحلة الوسطى والمتأخرة فى كل من الخوف من الاماكن والخوف من الحيوانات والدرجة الكلية للمخاوف والاكتئاب ، والدرجة الكلية للاعراض العصابية وجدت فروق بين المجموعتين فى الخوف من الظلام لصالح الأطفال المرحلة المتأخرة وجدت فروق بين المجموعة فى كل من الخوف من

المدرسة ومن الاخرين والحصر لصالح المجموعة الاولى، وجدت فروق دالة بين الذكور والاناث فى كل من الخوف من الظلام ومن الاخرين ومن الاماكن ومن الحيوانات والدرجة الكلية للمخاوف والحصر والدرجة الكلية للاعراض العصابية لصالح الاناث لم توجد فروق ذات دالة بين الذكور والاناث فى كل من الخوف من المدرسة والاكتئاب، لم توجد فروق دالة بين أطفال التعليم العام والازهرى فى كل من الخوف من الظلام ومن المدرسة ومن الآخرين ومن الاماكن والدرجة الكلية للمخاوف والحصر والدرجة الكلية للاعراض العصابية وجدت فروق دالة عند مستوى ٠.٥ بين المجموعتين فى كل من الخوف والاكتئاب لصالح المجموعة الاخيرة ولم توجد فروق دالة بين الأطفال حسب الترتيب الولادى فى كل من الخوف من الظلام ومن المدرسة والاخرين ومن الحيوانات والدرجة الكلية للاعراض العصابية.

زينب محمد ابو حذيفة:

"ديناميات الفزع الليلى – البوال – التهتهة".

رسالة ماجستير – معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعه عين شمس – ١٩٩٢.

[٢١]

ويهدف البحث إلى : ١- التعرف على اهم الديناميات النفسية بالنسبة للاعراض موضع البحث من خلال التعرف على صورة الذات – ميكانيزم الدفاع التى يلجأ اليها الطفل – صورة الوالدين ومقارنتها بديناميات مجموعة من الأطفال الاسوياء. ٢- ويتم وتحديد ملامح الصورة الكلينيكية لكل من

حالات الفزع الليلى - البوال - التهتهة - حالات السواء). ٣- التعرف على أوجه التشابه بين الاعراض الثلاثة سالفه الذكر ومقارنتها مجموعة الاسوياء من الناحية الدينامية. ٤- التعرف على اوجه الاختلاف بين الاعراض الثلاثة سالفه الذكر ومقارنتها بمجموعه الاسوياء من الناحية الدينامية. وأجرى البحث على عينة من :- تم اختيار الأطفال من احدى العيادات النفسية عمرها (٨-١٠) سنوات متوسطى الذكاء من المتوسط ينتمون إلى مراحل تعليمية بمدارس حكومية من مستويات اجتماعية واقتصادية ومتوسطة أو أقل من ذلك والاب والأم على قيد الحياه وأن يكون افراد العينة متفوقين دراسياً ثم اختيار ٥٠ يعانون التهتهة و ٥٠ طفلا يعانون من البوال و٢٠ حالة فزع ليلى. وإستخدمت الباحثه الأدوات الآتية:- تم استخدام هذه الأدوات في البحث :- دراسة الحالة - تاريخ الحالة - المقابلة.اختبار الذكاء المصور. لختبار تفهم الموضوع للاطفال. وكانت الفروض والتساؤلات :- تساؤلات البحث : ١- ما أهم الديناميات النفسية التى تميز الاعراض الثلاثة (الفزاع الليلى - البوال - التهتهة) والمجموعة السوية؟ وذلك من حيث صورة الذات - الاساليب الدفاعية يلجأ اليها الطفل - صورة الوالدين والاب - الام). ٢- ما أوجه التشابه بين الاعراض الثلاثة موضع الدراسة والمجموعة السوية. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :-١- بالنسبةلأسباب الفزع الليلى الأسباب النفسية الكامنة لهذا العرض تكمن فى مدى قوة الانا العليا وهيمنتها إلى تجعلها تكون صراع الرغبات المستهجنة اثناء النهار وضعف هذه القوة الكامنة ليلا يطلق للرغبات المرفوضة أن تتصد عن تعينها بصورة فجة.

٢- بالنسبة لاسباب البوال يكون احد مكونات الحافز الجنسى لما يجعله البوال فهو يشير إلى الرغبات استمنائية التى يستشعرها الطفل تجاه الموضوع المرغوب والتى لايستطيع أن يفصح عنها بصورة واضحة على المستوى الشعورى فيحاول تحقيها لاشعوريا منفصلا عن احساس الطفل باللذة والذى ينبثق من احساسه بالدفء الناتج عن التبول. ٣- بالنسبة لأسباب التهتهة فترجع إلى صراع بين الرغبات الشعورية واللاشعورية والتى توضح عن رغبات المستهجنة، تحاول الهو اشباعها ونقص الانا قد يحقيق هذه الرغبات. وهكذا نجد الاعراض الثلاثة الفراغ الليلى - البوال - التهتهة - انما هى رغبات جسمية استمنائية تحاول الذات شباعها على المستوى اللاشعورى وكفها على المستوى الشعورى مما تتضمنه من عدوان اساءة على الآخرين مفروض على النفس.

صفاء غازى أحمد حمودة:

"فاعلية اسلوب العلاج الجماعى " السيكودراما" والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة".

رسالة دكتوراة - كلية التربية - جامعة عين شمس - ١٩٩٢.

[٢٢]

ويهدف البحث الى:- التحقق من فاعلية اسلوبى: السيكودراما (متمثلة فى فنية لعب الدور) والممارسة السلبية (إحدى فنيات العلاج السلوكى) فى علاج بعض حالات اللجلجة عندما يستخدم كل اسلوب منهما بمفرده وعندما

يستخدمان معاً، بإعتبار أن كلاً منهما يمثل اطار نظرياً قائما بذاته من حيث التعامل مع اللجلجة ومن حيث تناول الاسباب المؤدية إليها وطرق علاجها أو التخفيف من حدتها. واجرى البحث على عينـه من: ٢٤ متلجلجاً من تلاميذ المرحلة الاعدادية تتراوح اعمارهم بين (١٢-١٥) سنة وقد قسموا إلـى اربـع مجموعات متساوية - ثلاثة منها تجريبية والرابعـه مجموعة ضابطـة وذلك على النحو التالى:-١- مجموعة تطبق عليها فنية لعـب الدور (السيكودراما) ٢- مجموعة تطبق عليها فنية الممارسة السلبية. ٣- مجموعة تطبق عليهـا فنية لعب الدور والممارسة السلبية. ٤- مجموعة ضابطـة. وتمت المجانسة بين المجموعات الأربـع من حيث السن - الذكاء - المستوى الاجتمـاعى الاقتصادى والثقافى ودرجة اللجلجة. واستخدم الباحث الادوات الآتيـة:-١- دليل تقدير نوع اللجلجـة (إعداد الباحثـة). ٢- دليل تقدير العوامـل والظروف المؤدية لنشأة اللجلجة (إعـداد الباحثـة). ٣- دليل تقدير المواقف المثيرة للجلجة (إعداد الباحثه) ٤- إستمارة دراسة الحالة. ٥- اختبار كاتل للذكاء (إعداد عبدالسلام عبدالغفار وأحمـد عبدالعزيـز سلامة). ٦- استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى الثقافى (إعداد سامية القطـان). ٧- إستمارة القياس الاجتمـاعى (مورينـو). ٨- اختبـار تفهم الموضـوع (مـوراى). ٩- إختبـار رسم الأسرةالمتحركة (كوفمـان). وكـانت الفروض والتساؤلات:- تضمنت الدراسـة التساؤلات الآتيـة:-١- مـامدى فاعلية السيكودراما كـأحد اساليب العلاج الجمـاعى فـى عـلاج اللجلجـة لـدى المراهقيـن بالمرحلـة الإعدادية؟٢- أى من الاسلوبين العلاجيين أكثر فاعلية فى عـلاج اللجلجة

السيكودراما أم الممارسة السلبية؟٣- هل الجمع بين الاسلوبين: السيكودراما والممارسة السلبية أفضل من الأقتصار على اسلوب واحد منهما فى علاج اللجلجة؟ وكانت النتائج التى توصل اليها البحث:-١-اتضحت فعالية الاساليب العلاجية المستخدمة فى التخفيف من حدة اللجلجة. ٢- اتضح أن الجمع بين فنيتى لعب الدور والممارسة السلبية أكثر فعالية فى علاج اللجلجة من الاقتصار على احدى الفنيتين. ٣- استخدام فنية لعب الدور التى تتناول الديناميات الكامنه وراء عرض اللجلجة أكثر فعالية من استخدام الممارسة السلبية التى تكتفى بإزالة العرض. ٤- العلاج بالاساليب السابقة له آثاره الايجابية المستمرة فى تخفيف حدة اللجلجة وفى تعديل شخصية المتلجلج كما اتضح من نتائج التتبع لاثر الخبرة العلاجية. ٥- يرتبط بقاء واستمرار آثار علاج اللجلجة بدرجة فعالية الاسلوب العلاجى المستخدم حسب الترتيب السابق بمعنى أن الجمع بين لعب الدور والممارسة السلبية آثاره ابقى واكثر استمراراً من الاقتصار على احدى الفنيتين والعلاج بفنية لعب الدور (السيكودراما) آثاره ابقى واكثر استمراراً من العلاج بالممارسة السلبية.

عادل سعد خليل حرب:

"دراسة مقارنة لبعض الخصائص المعرفية والإجتماعية للأطفال المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلى الخفيف والأطفال غير المتخلفين". رسالة دكتوراة – معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس – ١٩٩٢.

[٢٣]

وتهدف الدراسة الى:-١- التعرف على خصائص بعض المتغيرات المعرفية والإجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلى الخفيف مقارنة بالأطفال غير المتخلفين ٢- التوصل إلى أداء يمكن من خلالها التعرف على الأطفال المتخلفين عقلياً ٣- تحديد العلاقة بين المستوى الاقتصادى والإجتماعى ومستوى خصائص بعض المتغيرات المعرفية والإجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليا من فئة التخلف العقلى الخفيف والاطفال غير المتخلفين. وأجرى البحث على على عينه من:-١- المجموعة الاولى:٨٠ طفلاً نسبة ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠ القابلين للتعليم) منهم ما بين (٨-١٠) سنوات . ٢- المجموعة الثانية:- عينة الأطفال غير المتخلفين عقلياً وتكونت من (٨٠) طفلاً من الأطفال الذين يتلقون تعليمهم بالمدارس التابعة لوزارة التعليم وسنهم تتراوح مابين (٨ -١٠) سنوات. وقد إستخدم الباحث الأدوات الآتية: - ١- إختبارات القدرة على الإدراك الحسى من إعداد الباحث٢- إختبارات القدرات النفسية اللغوية من إعداد الباحث اعتماداً على اسس اختبار القدرات النفسية اللغوية إعداد فاروق صادق وهدى برادة. ٣- إختبار القدرة على التذكر من اعداد الباحث ومن قياس ستانفورد بنيه. ٤- اختبار النضج الاجتماعى لفينلاند من إعداد فاروق صادق. ٥- استمارة المستوى الاقتصادى والاجتماعى من إعداد عبدالسلام عبدالغفار وإبراهيم قشقوش. وكانت الفروض والتساؤلات هى:-١- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلى الخفيف والاطفال غير المتخلفين على كافة الاختبارات المعرفية. ٢- هناك فروق ذات دلالة

إحصائية بين الأطفال المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلى الخفيف على الأطفال غير المتخلفين على اختبارات الجوانب لاجتماعية. ٣- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية بإختلاف مستوى تعليم الأب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً فئة التخلف الخفيف بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين ٤- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية بإختلاف مستوى تعليم الأم لدىالاطفال المتخلفين عقلياً بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. ٥- تختلف درجات لختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية بإختلاف مستوى عمل الأب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. ٦- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والإجتماعية بإختلاف مستوى عمل الأم لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بينما لايختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. ٧- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية بإختلاف المستوى الاجتماعى للاسرة مستوى تعليم الأب والأم ومستوى عملها لدى الأطفال المتخلفين عقليا. ٨- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية بإختلاف المستوى الاقتصادى للاسرة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. وكانت النتائج التى توصل إليها البحث هى:-١- أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلى الخفيف والأطفال غير المتخلفين على كافة الاختبارات المعرفية. ٢- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلى الخفيف والأطفال غير المتخلفين على لختبارات الجوانب الاجتماعية الفرعية.

٣- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية باختلاف مستوى تعليم الأب لدى الاطفال المتخلفين عقلياً بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. ٤- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية باختلاف مستوى تعليم الأم لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. ٥- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والإجتماعية بإختلاف مستوى عمل الأب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً بينما لايختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. ٦- تختلف درجات اختبارات الجوانب المعرفية والاجتماعية بإختلاف مستوى عمل الأم لدى الأطفال المتخلفين بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين. ٧- تختلف درجات اختبارات فى الجوانب المعرفية والاجتماعية بإختلاف المستوى الإجتماعى للأسرة لدى الأطفال المتخلفين بينما لاتختلف لدى الأطفال غير المتخلفين.

عفاف إسماعيل خيرالله رمضان:

"الحاجات النفسية للأطفال الملتحقين برياض الأطفال والغير الملتحقين برياض الأطفال دراسة مقارنة".

رسالة ماجستير - كلية التربية بالفيوم - جامعة القاهرة - ١٩٩٢.

[٢٤]

ويهدف البحث إلى :١- التعرف على مدى إشباع بيئة رياض الأطفال لبعض الحاجات النفسية للأطفال.٢- التعرف على اختلاف الحاجات النفسية عند الأطفال باختلاف الجنس.٣- التعرف على ترتيب الحاجات

النفسية من حيث شدتها عند الأطفال الملتحقين والغير ملتحقين برياض الأطفال. ٤- التعرف على ترتيب الحاجات النفسية عند الأطفال وتباينها بأختلاف الجنس. وأجرى البحث على عينة : من (٢٤٩) طفل وطفلة من (٥-٦) سنوات واقتصرت العينة على محافظة الفيوم وتضمنت العينة مجموعتين من الأطفال المجموعة الأولى وهم الأطفال الملتحقين برياض الأطفال والمجموعة الثانية وهم من الأطفال الغير ملتحقين برياض الأطفال. واستخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١- مقياس ملاحظة سلوك الأطفال إعداد الباحثة. ٢- استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي اعداد (عبدالسلام عبدالغفار - ابراهيم قشقوش) ٣- اختبار تفهم الموضوع للأطفال C.A.T من اعداد اليوبولد بلاك، سونيا سوريك بلاك) ٤- دراسة حالة . ٥- المقابلة الشخصية. وكانت الفروض والتساؤلات :١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الدرجات التي يحصل عليها الأطفال الذين التحقوا برياض الأطفال ومتوسط درجات الأطفال الذين لم يلتحقوا بها في الحاجات النفسية وهذه الفروق هي بين متوسط درجات تعبر عن شدة الحاجات وتكون اتجاهات الفروق كالآتي :١- الصداقة والانتماء لصالح أطفال الرياض. ٢- التقدير الاجتماعي. ٣- الحرية والاستقلال. ٤- تحمل المسئولية. ٥- الطمأنينة. ٦- الحب والعطف لصالح أطفال رياض الأطفال. وكانت النتائج التي توصل اليها البحث :١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط الدرجات التي يحصل عليها الأطفال الذين التحقوا برياض الأطفال ومتوسط درجات الأطفال الذين لم يلتحقوا بها في الحاجات النفسية وهي الصداقة -

الانتماء - التقدير الاجتماعي - النجاح والحرية - الاستقلال - تحمل المسئولية - الطمأنينة - الأمن النفسي وكانت الفروق لصالح الأطفال الملتحقين برياض الأطفال.٢- جاءت النتائج مؤيدة لصحة الفرض الثاني في الحاجة إلى التقدير الاجتماعي والحاجة إلى الحرية والاستقلال والحب والعطف ولكن بالنسبة للحاجة إلى الطمأنينة والأمن النفسي فلم تكن هناك فروق ذات دلالة بين الإناث الملتحقين برياض الأطفال والإناث الغير ملتحقات وبذلك نجد أن نتائج الفرض الثاني كانت داله لصالح الاناث الملتحقات برياض الأطفال.

منى عبدالفتاح الشامي:

"نسبة انتشار التبول اللارادي بين تلاميذ المدارس الإبتدائية ببنها".
رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٢.

[٢٥]

- ويهدف البحث : معرفة أبعاد مشكلة التبول اللاارادي والعوامل المسببة لها والمشاكل النفسية المصاحبة لها.وأجرى البحث على عينة من تم إختيار ٣٠ حالة وفقاً لخصائص التشخيص المذكورة في التقسيم التشخيص الأمريكي الثالث المعدل وبالمقارنه مع ٣٠ طفل تم اختيارهم من نفس الفصول.استخدمت الباحثة الأدوات التالية:- فحص الحالات كلها مرضى وأصحاء فحصاً طبياً دقيقاً.- عمل تحاليل بول وبراز لهم.- اشعة.- اختبار

جودانف- صحيفة فحص حالة واختبار لزيك للشخصية وتم معاملة كل المعلومات الناتجة احصائياً.-دراسة الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذه الحالة. النتائج التى توصل اليها البحث:- تنبيه الامهات. ومن يقومون على رعاية الطفل بأسباب وآثار هذه الحالة وكونها مرض يحتاج معونه الأم والطبيب وأن العقاب البدنى جريمة انسانية تزيد من معاناه الطفل المريض.- أن تعويد الطفل على الاخراج فى وقت مناسب له دور اساسى فى الوقاية

مى يحيى الرخاوي:

"بعض المتغيرات المرتبطة بالمظاهر والاعراض الوسواسية لدى الأطفال المترددين على العيادة النفسية".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٢.

[٢٦]

وتهدف الدراسة إلى :- الكشف عن وجود المظاهر والاعراض الوسواسية والقهرية عند الأطفال من سن ٦-١٢سنة ومدى تواترها عند عينة من الأطفال المصريين وبعض المتغيرات التى يرتبط ظهورها بظهور هذه المظاهر كما تحاول الدراسة الكشف عن ارتباط هذه المظاهر والاعراض الوسواسية والقهرية ببعض المتغيرات مثل الذكاء والمستوى الدراسى والتاريخ المرضى السابق فى العائلة وبعض التشخصيات النفسية المختلفة وتاريخ النمو الجسمانى والاجتماعى للطفل وعلاقة الطفل بوالديه. والعلاقة بين

أساليب التنشئة الوالدية وبين وجود الأعراض الوسواسية عند الأطفال.وأجرى البحث على عينه من :- ١٩٤ طفل تتراوح اعمارهم بين (٦-١٣ سنة وتنقسم إلى مجموعتين:١- المجموعة الأولى مكونة من ٩٥ طفل ٥٣ ذكور، ٤٢ اناث من المترددين على العيادات النفسية المختلفة وقد استبعدت الباحثة الحالات المرضية التى صاحبتها أعراض عضوية مثل حالات التخلف العقلى والصرع. ٢- المجموعة الثانية مكونة من ٩٩ طفل ٥٤طفل ذكور، ٤٥ اناث ممن لايعانوا من أى مرض نفسى سابق. واستخدمت الباحثة الادوات الآتية:١- استبيان ليتون لقياس الوساوس عند الأطفال تم ترجمتها طبقاً لاراء المحكمين.٢- تصميم استمارة مقابلة للوالدين والتى تم تصميمها وفقاً لمحكات نظرية وعملية. ٣-اختبار استانفورد بينيه للذكاء. وكانت الفروض والتساؤلات هى: ١-هل توجد فروق دالة احصائيا فى أساليب التنشئة الوالدية بين الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعه والذين حصلواعلى درجات منخفضة على المظاهر والأعراض الوسواسية والقهرية سواء من المترددين وغير المترددين على العيادة النفسية؟. ٢-هل توجد فروق دالة احصائيا فى اساليب التنشئة الوالدية بين الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعه على الأعراض الوسواسية والقهرية بين كل من المترددين وغير المترددين على العيادة النفسية؟. ٣- هل توجد فروق دالة احصائيا بين المراحل العمرية المختلفة من (٦-١٢) سنة فى متوسط المظاهر والأعراض الوسواسية القهرية لدى الأطفال المترددين وغير المترددين على العيادات النفسية؟. ٤-

هل توجد فروق دالة احصائياً فى نسبة الذكاء بين الأطفال الذين حصلوا على درجات مرتفعه والذين حصلوا على درجات منخفضة على المظاهر والأعراض الوسواسية والقهرية فى كل من الأطفال المترددين وغير المترددين على العيادة النفسية؟.وكانت النتائج التى توصلت اليها الباحثة هى: ١- أن اساليب التنشئة الوالدية ترتبط ارتباطا دالا مرتفعا بالمظاهر الوسواسية والقهرية اما عن ارتباطها بالاعراض المرضية الوسواسية والقهرية اما عن ارتباطها بالاعراض المرضية الوسواسية والقهرية. ٢- عدم وجود فروق احصائية دالة بين درجات الأطفال فى العينتين فى الاجابة على استبيان ليتون. ٣- عدم وجود فروق دالة احصائياً فى مختلف المراحل العمرية بين المجموعتين السوية والمرضية. ٤- كلما انخفض المستوى التعليمى للأم زادت حدة المظاهر والاعراض الوسواسية. ٥- ارتفاع نسبة الذكاء فى الأطفال الذين يحصلون على درجات مرتفعه من المظاهر والاعراض الوسواسية والقهرية عن الذين يحصلون على درجات منخفضة؟. ٦- وجود فروق دال بين الاناث والذكور عند مستوى دلالة (٠,٠٠٧) فىالمظاهر والاعراض الوسواسية والقهرية فى عينه المرضى.

نجوى ابراهيم مرسى الشرقاوى:

"العلاقة بين ممارسة العلاج الاسرى فى خدمه الفرد وتخفيف معدلات حدوث السلوك العدوانى لطفل ماقبل المدرسة"

رسالة ماجستير -كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان - ١٩٩٢.

[٢٧]

وتهدف الدراسة إلى :اختبار فاعلية ممارسة العلاج الاسرى فى تخفيف السلوك العدوانى لطفل ماقبل المدرسة.واجرى البحث على عينة من : ١٢ طفل يتراوح عمرهم بين ٥:٦ سنوات وذلك بعد استبعاد الحالات التى لا ينطبق عليها الشروط.واستخدمت الباحثه الأدوات الأتيه :- مقياس السلوك العدوانى (أعداد/ فاروق صادق).- الجلسات الأسرية.- المقابلات الفردية والمشتركة.- المقابلات الجماعية.- استمارة بيانات معرفة بالطفل واسرته.- مجموعة من الألعاب والحكايات والبرامج التربوية.وكانت الفروض والتساؤلات هى :الفرض الرئيسى توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة العلاج الاسرى وتخفيف معدلات حدوث السلوك العنيف التربوى لطفل ماقبل المدرسة١- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة العلاج الاسرى وتخفيف معدلات حدوث السلوك التدميرى.٢- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة العلاج الاسرى وتخفيف معدلات حدوث السلوك الغير اجتماعى.٣- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة العلاج الاسرى وتخفيف معدلات حدوث السلوك المتمرد.٤- توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة العلاج الاسرى وتخفيف معدلات حدوث السلوك ايذاء الذات.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى تأكيد صحة الفرض الرئيسى وكذلك الفروض الفرعية.توجد علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين ممارسة العلاج الاسرى وتخفيف معدلات حدوث السلوك العنيف التربوى لطفل ماقبل المدرسة.

احمد حسين أحمد الشافعي:

"القلق ووجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصرياً والعاديين".
رسالة ماجستير - كلية البنات جامعة عين شمس - ١٩٩٣.

[٢٨]

ويهدف البحث إلى :الوقوف على الفروق بين الأطفال المعاقين بصرياً والمبصرين من الجنسين في كل من القلق وأبعاد الضبط الثلاثة : الضبط الداخلي وضبط الآخرين ذوي النفوذ وضبط السياق كما تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق وأبعاد الضبط السابقة الذكر لدى الأطفال المعاقين بصرياً والمبصرين من الجنسين.وأجري البحث على عينة من :(١٠٠) طفل تتراوح أعمارهم من ٩-١٢ مقسمين إلى مجموعتين : مجموعة معاقين (٢٥ذكور، ٢٥إناث) وخمسون مبصراً (٢٥ ذكور، ٢٥إناث) بحيث تكون إعاقتهم كلية وحدثت منذ الميلاد أو قبل سن الخامسة ومجموعة المبصرين وعددها خمسون(٢٥بنين - ٢٥ بنات) بحيث يكونون مناظرين للمجموعة الأولى من حيث المستوى الإقتصادي الإجتماعي ونسبة الذكاء.واستخدم الباحث الأدوات الآتية :- إستمارة للمستوى الإقتصادي الإجتماعي من "إعداد الباحثة" الجزء اللفظي من مقياس وكسلر للذكاء عند الأطفال.- مقياس القلق العام للأطفال "إعداد مدحت الطاف" (١٩٨٩).- مقياس الضبط المدرك للأطفال "إعداد الباحثة" وكانت الفروض والتساؤلات :١- هل : فروق بين مجموعتي الأطفال المعاقين بصرياً والمبصرين من الجنسين في القلق٢- هل توجد تفاعل بين أثر الإعاقة البصرية وجنس

المفحوص على القلق؟٣- هل توجد فروق بين مجموعة الأطفال المعاقين بصريا والمبصرين من الجنسين فى أبعاد الضبط الثلاثة الضبط الداخلى وضبط الأخرين ذوى النفوذ وضبط السياق؟٤- هل يوجد تفاعل بين أثر الإعاق البصرية وجنس المفحوص على أبعاد الضبط الثلاثة؟وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- يوجد فروق دالة عند (٠,٠٥) فى القلق ويرجع إلى الإعاقة البصرية بين عينات الدراسة ويوجد فروق دال عند (٠,٠٥) فى ضبط السياق يرجع إلى جنس المفحوص.٢- لايوجد فروق فى القلق يرجع إلى الجنس المفحوص بين عينات الدراسة.٣- لايوجد تفاعل بين الإعاقه البصرية وجنس المفحوصين فى تأثيرها على القلق لدى عينات الدراسة.٤- لايوجد فروق فى ضبط الأخرين ذوى النفوذ يرجع إلى الإعاقة البصرية لدى عينات الدراسة.٥- لاتوجد علاقة بين القلق والضبط الداخلى بالنسبة لمجموعة البنات المبصرات.٦- لاتوجد علاقة بين القلق والضبط الداخلى بالنسبة لمجموعة البنات المعاقات بصرياً.٧- لاتوجد علاقة بين القلق وضبط الأخرين ذوى النفوذ بالنسبة لمجموعة البنين المعاقين بصرياً.٨- لاتوجد علاقة بين القلق وضبط الأخرين ذوى النفوذ بالنسبة لمجموعة البنين المبصريين.٩- لاتوجد علاقة بين القلق وضبط الأخرين ذوى النفوذ بالنسبة لمجموعة البنات المعاقات بصرياً.١٠- يوجد فرق دال عند (٠,٠٥) فى ضبط السياق يرجع إلى الإعاقة البصرية لدى عينات الدراسة.١١- لاتوجد علاقة بين القلق وضبط السياق بالنسبة لمجموعة البنات المبصرات.

جليلة عبدالمنعم مرسى رحيمة:

"دراسة إرتقائية لمراحل الحكم الخلقى وبعض العوامل المؤثرة فيه لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية".

رسالة دكتوراة - كلية التربية - جامعة الإسكندرية - ١٩٩٣.

[٢٩]

ويهدف البحث إلى: - ١- التحقق من نظرية بياجيه فى النمو الخلقى من خلال دراسة بعض المظاهر التى حددها بياجيه كمؤشرات للنضج الخلقى منها (الواقعية الخلقية - المسئولية الجمعية) ٢- التعرف على التغيرات الأكثر إسهاما فى تكوين الحكم الخلقى الناضج . ٣- تحديد خصائص المناخ الصحى المناسب لمساعدة الطفل على إصدار الحكم الخلقى الناضج .٤- التعرف على الاسباب التى تكمن وراء اصدار الطفل للأحكام الخلقية الخاطئة حتى نتمكن من مساعدته على التخلص منها .وأجرى البحث على عينه: ١- من محافظة الاسكندرية فى أربعة أحياء فيها هى (الجمرك - غرب المدينة - شرق المدينة - حى المنتزة).٢- يتم إختيار ٢٤٠ تلميذ بمعدل ستين تلميذا من كل حى من الاحياء الأربعة السابقة موزعة على الفئات العمرية (٦-٧) سنوات ٧-٨ سنوات ، ٨-٩ سنوات ٩-١٠ سنوات، ١٠ -١١ سنة). واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: -١- قصص بياجيه فى الحكم الخلقى للمجالات (سوء التصرف - الكذب - السرقة - المسئولية الجمعية - العدل الجزئى). ٢- إستبيانه إتجاهات الطفل نحو أسلوب المعاملة الوالدية فيما بين سن السادسة إلى الثانية عشر (إعداد الباحثة)٣- إستمارة المستوى

الاجتماعى الثقافى (إعداد الباحثة) .٤- إختبار الذكاء غير اللفظى (الصورة أ) (إعداد عطية محمود هنا). وكانت الفروض والتساؤلات: ١- هل تتحقق نظرية بياجيه فى نمو الحكم الخلقى عند تطبيقها على عينة من تلاميذ المدرسة الابتدائية فى قطاع البيئة المصرية . ٢- ما مدى إرتباط نتائج أطفال عينة الدراسة فى مقياس الحكم بكل من الذكاء، والمستوى الاجتماعى الثقافى وأساليب المعاملة المتبعة مع هؤلاء الأطفال ؟ ٣- هل توجد فروق دالة إحصائية فى درجات الذكاء بين الأطفال الأكثر نضجاً والأقل نضجاً فى الحكم الخلقى؟ ٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً فى درجات المستوى الاجتماعى والثقافى بين الأطفال الأكثر نضجاً فى الحكم الخلقى؟ وكانت النتائج التى توصل إليها البحث:١- تحقق الفرض الأول بشقيه أ، ب حيث: أ- إزدادت نسبة الاستجابات الناضجة على مقياس الحكم الخلقى بازدياد عمر الطفل. ب- أثبتت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً فى نضج الحكم الخلقى بين الفئات العمرية من أطفال عينة الدراسة لصالح الفئات الأكبر سناً. ٢- كانت العلاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الحكم الخلقى وكلاً من الذكاء والمستوى الاجتماعى الثقافى وذلك عند مستوى ٠,٠١ كما كانت العلاقة سالبة ودالة إحصائياً بين الأساليب غير السوية فى المعاملة الوالدية وبين الحكم الخلقى. ٣- تحقق الفرض الثالث حيث أثبتت الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا فى درجات الذكاء بين الأطفال الأكثر نضجاً والأقل نضجاً فى الحكم الخلقى عند مستوى ٠,٠١ لصالح المجموعة الأولى. ٤- تحقق الفرض الرابع حيث أثبت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً فى المستوى الاجتماعى

التفاعل بين الأطفال الأكثر والأقل نضجاً فى الحكم الخلقى عند مستوى ٠,٠١ لصالح المجموعة الأولى.

ربيع شعبان عبد العليم يونس:

"دراسة عاملية للتكوين النفسى للأطفال المحرومين اسرياً فى ضوء انماط مختلفة من الحرمان".

رسالة دكتوراة – كلية التربية – جامعة الأزهر – ١٩٩٣.

[٣٠]

ويهدف البحث إلى:-١- التعرف على سمات شخصية الأطفال المحرومين اسرياً. ٢- معرفة الفروق فى سمات شخصية الأطفال المحرومين اسرياً لدى كل من الذكور والإناث المحرومين بالطلاق – المحرومين بالوفاة – المحرومين قبل سن الخامسة – المحرومين بعد سن الخامسة. ٣- الكشف عن البنية العاملية لمتغيرات التكوين النفسى للأطفال المحرومين ومدى اختلافها بإختلاف المجموعات المستخدمة فى الدراسة. ٤- الكشف عن البناء النفسى الدينامى للأطفال المحرومين اسرياً مرتفعى ومنخفضى التوافق. وأجرى البحث على عينه من:- ٤٢٥ طفلاً من الأطفال المحرومين اسرياً والمقيمين بمؤسسات الرعاية الإجتماعية من عدة محافظات مختلفة مثلت الوجة القبلى والبحرى والقاهرة والجيزة موزعة كالتالى. - ٢١٣ طفلاً من الذكور المحرومين -٢١٢ طفلة من الإناث المحرومات -٢١٣ طفلا من المحرومين قبل الخامسة - ٢١٢ طفلا من المحرومين بعد الخامسة - ٢٢٥

طفلا من المحرومين بالوفاه - ٢٠٠ طفل. واستخدم الباحث الأدوات الاتية:
١- مقياس الشخصية للأطفال" إعداد الباحث" ويشتمل على سبعة مقاييس فرعية: الانطواء - سوء التوافق الاجتماعى - الاضطراب الانفعالى - العدوان الظاهر - العدوان المستتر - الاعتمادية والشعور بالنقص . ٢- مقياس التكيف الشخصى والإجتماعى " إعداد عطية هنا" ويتكون التكيف الشخصى من سته مقاييس فرعية بالإضافة إلى المجموع الكلى للتكيف الشخصى كما يتضمن التكيف الاجتماعى سته مقاييس فرعية ايضاً بالاضافة إلى المجموع الكلى للتكيف الاجتماعى والمجموع الكلى للتكيف العام. ٣- مقياس القلق الظاهر للأطفال " إعداد رشاد عبد العزيز" ٤- مقياس الاكتئاب (د) للصغار - "إعداد غريب عبد الفتاح". وكانت الفروض والتساؤلات هى:-
١- تتأثر أبعاد التكوين النفسى للأطفال المحرومين اسرياً بكل من المتغيرات الاتية أ- الجنس (ذكور - إناث) ب- توقيت الحرمان (قبل وبعد الخامسة) جـ- نمط الحرمان (طلاق - وفاة) ز- التفاعل بين كل من الجنس (ذكور - إناث) ونمط الحرمان (طلاق - وفاة).هـ- التفاعل بين كل من الجنس (ذكور - إناث) وتوقيت الحرمان قبل وبعد الخامسة).و- التفاعل بين كل من نمط الحرمان (طلاق- وفاة) وتوقيت الحرمان قبل وبعد الخامسة)م- التفاعل بين كل من نمط الجنس (ذكور -إناث) ونمط الحرمان (طلاق - وفاه) وتوقيت الحرمان (قبل وبعد الخامسة).٢- تختلف البنية العاملية لمتغيرات التكوين النفسى للأطفال المحرومين اسرياً بإختلاف كل مجموعة مما يلى:- العينة الكلية - الذكور - الإناث - الطلاق - الوفاة قبل الخامسة وبعد

الخامسة.٣- يختلف البناء النفسي الدينامي للأطفال المحرومين اسرياً مرتفعي التوافق عنه لدى منخفضي التوافق. وكانت النتائج التي توصل اليها البحث:- كشفت نتائج الفرض الأول عن ١- وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والاناث لصالح الإناث في الاعتراف بالمستويات الإجتماعية * التحرر من الميول المضادة - العلاقة بالمدرسة - محور التكيف الاجتماعي والقلق * - ولصالح الذكور في سوء التوافق الاجتماعي - شعور الطفل بحريته - إعتماد الطفل على نفسه والاكتئاب * أما باقي المقاييس فلم تميز بين الذكور والاناث وفسر ذلك في ضوء الفروق بين الجنسين في الثقافة المصرية. ٢- وجود فروق دالة احصائياً بين المحرومين قبل وبعد الخامسة لصالح المحرومين قبل الخامسة في السمات السلبية التالية:- الإنطواء - سوء التوافق الاجتماعي - الاضطراب الانفعالي- العدوان الظاهر - العدوان المستتر- الاعتمادية - الشعور بالنقص - القلق الظاهر - الاكتئاب. ولصالح المحرومين بعد الخامسة في التكيف الشخصي والاجتماعي وجميع المتغيرات المكونه لكل منهما وعلل الباحث ذلك بأن الحرمان يكون أشد ضررا في شخصية الطفل الصغيراً عنه لدى الكبير حسبما اشارت الدراسات السابقة والاطار النظري للدراسة.٣- وجود فروق دالة احصائياً بين المحرومين بالطلاق والمحرومين بالوفاة لصالح المحرومين بالطلاق في التكيف الشخصي والاجتماعي والعناصر المكونه لكل منهما ولصالح المحرومين بالوفاة في السمات السلبية وارجع الباحث ذلك إلى ما لفقدان الموضوع سواء كان أباً أو أماً من آثار مدمرة في شخصية الطفل بسبب

حرماته كلية من الامومة الحنونة والابوة الصادقة بخلاف المحرومين بالطلاق الذين لم يفتقدوا والديهم كلية فهم على إتصال دائم بوالديهم مما يزيد من الارتباط العاطفى والتواصل الوجدانى بين الأطفال ووالديهم. ٤-عدم وجود تفاعل بين متغير الجنس ونمط الحرمان الا فى احساس الطفل بقيمته - التكيف الشخصى - التكيف الاجتماعى - التكيف العام - الاكتئاب - التحرر من الميل للأنفراد - علاقة الطفل بمدرسته - علاقة الطفل بالبيئة المحلية. ٥-عدم وجود تفاعل بين الجنس وتوقيت الحرمان فى أى من المقاييس سوى شعور الطفل بحريته. ٦- عدم وجود تفاعل دال بين متغير نمط الحرمان وتوقيت الحرمان إلا فى الاكتئاب. ٧- عدم وجود تفاعل دال بين المتغيرات الثلاثة الجنس - نمط الحرمان - توقيت الحرمان إلا فى الاضطراب الانفعالى. وأوضح الباحث ان أكثر المتغيرات تأثيراً كان توقيت الحرمان، يليه نمط الحرمان - ثم الجنس وأن السبب فى تفوق المتغير الأول راجع إلى نقائه من الظواهر الأخرى التى ربما تكون أثرت على المتغيرين الآخرين.كشفت نتائج الفرض الثانى عن:-١- تواتر عامل الكفاءة الإجتماعية وكذلك الكفاءة الشخصية فى جميع المجموعات الفرعية وكذلك العينة الكلية وان اختلف ترتيبه من مجموعة لاخرى.٢- كما تغلغل عاملى الميل للانطواء الاجتماعى والاستعداد للاضطراب النفسى فى جميع مجموعات الدراسة بما فيهم العينة الكلية وان اختلف ترتيبها من مجموعة لاخرى.٣- جاء عامل الاستقلالية فى خمس مجموعات وانفردت مجموعة المحرومين بعد الخامسة معاملى التشوق للارتباط بالاسرة والشعور بالحرية

بينما انفردت مجموعة المحرومين بالطلاق بعامل ضعف الميل إلى كبت العدوان.كشفت نتائج الفرض الثالث عن:- تشوه واضطراب البنية النفسية فى جانبها الوجدانى - الانفعالى والاجتماعى لدى مرتفعى ومنخفضى التوافق نتيجة افتقاد الامومة الحنونة والابوه الصادقة والإيداع بالمؤسسات حيث الاهمال وسوء الرعاية إلا أنه توجد فروق دالة احصائيا فى بعض اساليب التوافق اللاشعورية مثل النكوص- الانكار- التوحد المرضى - الميل للاكتئاب التعلق الشديد بالأب والحاح الحاجة اليه والتعلق الشديد بالام والحاح الحاجة اليها بين مرتفعى ومنخفضى التوافق لصالح منخفضى التوافق.

عادل أحمد حسين:

"أثر التنافس على العدوان لدى أطفال المؤسسات".

رسالة ماجستير - كلية البنات - جامعة عين شمس - ١٩٩٣.

[٣١]

ويهدف البحث الى:١- تصميم اختبار السلوك العدوانى للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية للمرحلة العمرية من ٨:١٢ سنة.٢- تصميم وتطبيق برنامجين للتنافس (تنافس فردى - تنافس جماعى).٣- التعرف على أثر نوع المنافسة (جماعية - فردية) على سلوك الأطفال العدوانيين.٤- تدريب أطفال العينة على التعبير عن عدوانهم بصورة مقبوله اجتماعياً وتكوين علاقات اجتماعية سليمه خلال التفاعل الموجه اثناء تطبيق البرنامج.واجرى البحث على عينة من : ٧٥ طفلاً من أطفال دار الطفل

تراوحت أعمارهم بين ٨-١٢ سنة.وقد استخدم الباحث الأدوات الآتية:١-إختبار الذكاء المصور (إعداد أحمد زكى حمزة)٢- استمارة الملاحظة٣-اختبار العدوان للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية من ١٢:٨ عاماً (إعداد الباحث).وكانت الفروض والتساؤلات هى :١- توجد فروق دالة احصائياً فى نتيجة اختبار العدوان للأطفال المحرومين من الرعاية الاسرية بين الأطفال المشاركين فى البرنامج التنافسى بصفه عامة والأطفال غير المشاركين لصالح الأطفال المشاركين.٢- توجد فروق دالة إحصائياً فى نتيجة اختبار العدوان للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية بين الأطفال المشاركين فى البرنامج التنافسى الفردى والمشاركين فى البرنامج التنافسى الجماعى لصالح المشاركين فى البرنامج التنافس الجماعى.٣- توجد فروق دالة إحصائياً فى نتيجة إختبار العدوان للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية بين الأطفال الفائزين وغير الفائزين فى البرنامج لصالح الأطفال الفائزين.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :١-١ ثبتت الدراسة أن دخول الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية فى البرامج التنافسية الموجهة له تأثير إيجابى فى خفض العدوان وأن هذه البرامج سواء كانت فردية أو جماعية فإنها تعمل إيجابياً فى خفض العدوان (وذلك لأن الأطفال من خلال هذه البرامج يتدربون على التعبير عن عدوانهم) بصورة مقبولة إجتماعياً حيث يترك للطفل الحرية سواء فى الأداء الحركى أثناء المنافسات أو الأداء اللفظى خلال المناقشات التى كانت تفسر السلوك وراء العدوان وذلك عن طريق فتح باب المناقشة والحوار بين الأطفال بعضهم البعض وبين الأطفال

والباحث.٢- أضف إلى ذلك أن الأطفال كان يجدون لعدواتهم متنفساً من خلال ممارسة الأنشطة التنافسية التى احتوى عليها البرنامج مع وجود تنظيم فى العلاقة بين الطفل وزملائه أو بين الطفل ومنافسيه.٣- البرامج التى تعتمد على المنافسات الجماعية يكون لها تأثير أفضل من البرامج التى تعتمد على الألعاب الفردية.٤- المنافسات الفردية تقد أخذ بعضها الصورة الجماعية حيث اشترك اللاعب مع باقى أعضاء الجماعة سواء فى جماعات فردية كبيرة أو صغيرة.٥- أما عن نتائج المنافسة فقد أثبتت الدراسة أن مجموعة التنافس الفردى ظهر فيها تباين بين الأفراد الأكثر فوزاً والأقل فوزاً حيث اتضح أن الأطفال الأكثر فوزاً تأثر سلوكهم العدوانى فانخفض عدواتهم بينما الأطفال الأقل فوزاً أو الذين انهزموا لم يشكل البرنامج أى تأثير على سلوكهم.٦- أما بالنسبة لمجموعة التنافس الجماعى فان نتيجة المنافسة كانت ليس لها تأثير فى السلوك فان خبرة الدخول فى الأنشطة الجماعية والمنافسات فى حد ذاتها كان لها تأثير إيجابى فى خفض العدوان حتى يمارس الطفل النشاط مع أقرانه.

عادل صلاح محمد أحمد غنايم:

"العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية والفوبيا لدى الاطفال".

رسالة ماجستير - كلية التربية - جامعة الزقازيق - ١٩٩٣.

[٣٢]

وتهدف الدراسة إلى :التعرف على أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة التى تؤدى إلى ظهور المخاوف المرضية لدى الأبناء الذكور والاناث.وأجرى البحث على عينة من : التلاميذ العاديين فى الصفوف الدراسية الثانى والثالث والرابع والخامس الابتدائى من ثلاث مدارس بمدينة الزقازيق.ويتراوح العمر مابين ٨:١١ سنه .واستخدم الباحث الادوات الأتيه :١- استمارة بيانات شخصية واجتماعية ٢- اختبار أساليب التنشئة الوالدية كما يدركها الأبناء للاب والام ٣- استبيان المخاوف المرضيه لدى الاطفال.وكانت الفروض والتساؤلات هى :١- لايوجد تأثير دال احصائياً على درجات مجموعات المخاوف المرضية لدى الأطفال بفعل الجنس ومستوى التنشئة من الاب وايضا من الام والمستوى الاقتصادى الاجتماعى والصف الدراسى.٢- لايوجد تأثير دال إحصائياً للتفاعلات الثنائية والثلاثية والرباعية على درجات مجموعات المخاوف المرضية لدى الأطفال بفعل الجنس ومستوى التنشئة من الأب والأم والمستوى الأقتصادى الاجتماعى والصف الدراسى.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين الذكور والاناث فى بعض مجموعات المخاوف المرضية.- وجود فروق داله احصائيا بين الذكور والاناث فى مجموعة المخاوف من الامراض.- وجود فروق دالة احصائياً بين أطفال المستوى الاقتصادى الاجتماعى المرتفع واطفال المستوى الاقتصادى الاجتماعى المنخفض فى مجموعات المخاوف المرضية.- وجود فروق دالة احصائياً بين العمر الزمنى للاطفال وبعض

مجموعات المخاوف المرضية.- وجود فروق دالة احصائياً بين أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة ومجموعات المخاوف المرضية لدى الاطفال.

عفاف عبدالهادى دانيال:

"أنماط الرعاية الأسرية لأطفال المرحلة الابتدائية بعد الطلاق وعلاقتها بتوافقهم النفسى والاجتماعى وتصور لدور الخدمة الإجتماعية فى هذا المجال".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفوله - جامعة عين شمس - ١٩٩٣

[٣٣]

وتهدف الدراسة إلى : ١- التعرف على أنماط الرعاية الاسرية السائدة للأطفال بعد الطلاق فى مدينة الفيوم.٢- التعرف على الانماط السائده الاكثر ملائمه لتحقيق التوافق النفسى الاجتماعى للطفل.٣- التعرف على الاختلاف فى التوافق النفسى والتوافق الاجتماعى والتوافق العام بين الأطفال المنتمين إلى انماط الرعاية الاسرية السائده بعد الطلاق.٤- وضع تصور للدور الذى ينبغى أن تقوم به الخدمه الإجتماعية لزيادة التوافق النفسى الاجتماعى لاطفال الأسر المنككه بالطلاق بشكل عام والأطفال المنتمين لكل نمط من انماط الرعاية الأسريه على وجه الخصوص.واجرى البحث على: عينة من : ٥٠٠ طفل وطفله من تلاميذ المرحلة الابتدائية ينتمى ٢٥٠ طفل وطفله منهم إلى انماط الرعاية الاسرية بعد الطلاق وينتمى ٢٥٠ طفل وطفلـه

الباقون إلى نمط الرعاية الأسرية الطبيعى علما بان عمر الأطفال فى المجموعتين يتراوح من ٦-١٢ سنه.وقد استخدم الباحث الأدوات الآتية :١- مقياس الشخصية للأطفال (اعداد عطية هنا ١٩٦٥).٢- استمارة الوضع الاقتصادى الاجتماعى (اعداد عبدالعزيز الشخص ١٩٨٨.٣- استمارة التعرف على انماط الرعاية الاسرية السائدة التى يعيش فيها الأطفال بعد طلاق الوالدين (اعداد الباحثة).٤- المقابلة الشخصية عن طريق الزيارة المنزلية.٥- الوثائق والسجلات بالمدارس الابتدائية.وكانت الفروض والتساؤلات هى :١- توجد فروق دالة احصائياً فى متغيرات التوافق موضع الدراسة التوافق النفسى والاجتماعى والتوافق العام بين كل من المجموعتين مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة.٢- توجد فروق دالة احصائياً فى متغيرات التوافق موضع الدراسة مراجعة لأثر نمط الرعاية.٣- توجد اختلافات فى متغيرات التوافق موضع الدراسة بين كل من مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة فى ضوء الجنس.٤- توجد اختلافات فى متغيرات التوافق موضع الدراسة وفى ضوء الجنس ونمط الرعاية.٥- توجد اختلافات فى متغيرات الدراسة التوافق النفسى الاجتماعى العام) بين كل من مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة فى ضوء المستويات الاقتصادية الإجتماعية المختلفة – مرتفع – متوسط – منخفضة.٦- يوجد تفاعل دال احصائياً فى متغيرات التوافق بين نمط الرعاية والمستوى الاقتصادى الاجتماعى.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- أنماط الرعاية الاسريه السائده للاطفال بعد الطلاق فى مدينة الفيوم.أ- نمط الرعاية احد الوالدين بمفرده.ب- نمط

رعاية أحد الوالدين وزوجه.جـ- نمط رعاية احد الوالدين وذويه.د- نمط رعاية الجدة او الجد لأحد الوالدين.هـ- نمط رعاية احد الاقارب.و- اكثر الانماط السائدة بعد الطلاق تحقيقا للتوافق النفسى والاجتماعى هو نمط رعاية كلا الوالدين اياكان المستوى الاقتصادى والاجتماعى لهم.٣- وجود فروق ذات دلاله بين الأطفال الذين ينتمون إلى نمط رعاية كلا الوالدين والمجموعة الضابطه والاطفال الذين ينتمون إلى الانماط المختلفه للرعاية الاسرية بعد الطلاق مجموعة الدارسة فى كل من التوافق الشخصى- التوافق الاجتماعى - والتوافق العام لصالح الأطفال الذين ينتمون إلى نمط رعاية كلا الوالدين المجموعة الضابطه.٤- يوجد تفاعل دال احصائياً بين نمط الرعاية والجنس فى التوافق الاجتماعى من خلال حصول الأطفال المنتمين إلى نمط الرعاية الأسرية بعد الطلاق.٥- لاتوجد فروق ذات دلالة بين الجنسين فى متغيرات الدراسة.٦- يوجد تفاعل دال احصائياً فى التوافق الشخصى عند مستوى ٠١. بين الجنسين فى ضوء المجموعتين مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطه.٧ - يوجد فروق ذات دلالة احصائيه عند مستوى ٠١. فى متغيرات الدارسة.٨- يوجد تفاعل دال احصائيا بين مجموعة الدراسة والمستوى الاجتماعى الاقتصادى فى كل من متغير التوافق الشخصى ومتغير التوافق العام بمستوى دلالة ٠١. لمتغير التوافق الاجتماعى بمستوى دلالة ٠٥..٩- لايوجد تفاعل بين نمط الجنس والمستوى الاقتصادى والاجتماعى أى أن التفاعل الحادث بين نمط الجنس والمستوى الاقتصادى والاجتماعى ليس له أثر على التوافق الشخصى والتوافق الاجتماعى والتوافق العام.١٠- يوجد

تفاعل دال احصائيا بمستوى ٠١، بين نمط الرعاية والمستوى الاقتصادى الاجتماعى فى التوافق الشخصى.

عفاف محمد حسيب عبدالحليم:

"دراسة فى التوافق النفسى ومفهوم الذات عند أطفال المقابر".
رسالة ماجستير - كلية البنات - جامعة عين شمس - ١٩٩٣.

[٣٤]

ويهدف البحث إلى: - محاولة كشف العلاقة بين إختلاف منطق السكن ومستوى التوافق.- محاولة كشف العلاقة بين اختلاف منطقة السكن ومفهوم الذات.- التوصل إلى السمات السلوكية للأطفال فى ظل اختلاف منطقه السكن فى ضوء ما يسفر عنه البحث من النتائج.وأجرى البحث على عينة من : (٦٠) طفل وطفله منهم (٣٠) يمثلون أطفال العينة التجريبية الذين يسكنون المقابر والمجموعة الضابطه التى تسكن المناطق العادية تمثل (٣٠) طفل وطفلة والعينتان التجريبية والضابطه فى مرحلة عمرية من (٩-١٢).وقد استخدمت الباحثة الأدوات الآتية:- استمارة جمع بيانات.- مقياس التوافق النفسى.- مقياس مفهوم الذات.- مقياس السلوك العدوانى.وكانت الفروض والتساؤلات هى : هناك فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال الذين يسكنون السكن العادى والأطفال الذين يسكنون المقابر على مقياس التوافق ومفهوم الذات.- أطفال المقابر أكثر ميلا إلى السلوك العدوانى من أطفال المساكن العادية.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:- لاتوجد

فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال الذين يسكنون فى السكن العادى والأطفال الذين يسكنون فى المقابر وذلك على مقياس التوافق وكذلك لاتوجد فروق بإختلاف الجنس.- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال سكان المقابر وسكان المساكن العادية لصالح الأطفال من سكان المقابر على مقياس مفهوم الذات ولاتوجد فروق بين الجنسين على هذا المقياس.- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال من سكان المقابر وسكن المساكن العادية لصالح الأطفال من سكان المقابر من حيث الميل للسلوك العدوانى.

ميرفت رجب صابر أحمد:

"أثر خروج المرأه إلى العمل وعلاقته بصحة الطفل النفسية فى مرحلة الطفولة المبكرة".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات والبحوث التربوية - جامعة القاهرة - ١٩٩٣.

[٣٥]

وتهدف الدراسة إلى : ١- محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة بين خروج المرأة للعمل وبين صحة الطفل النفسية من حيث الانطواء - القلق - العدوان. ٢- التعرف على الاثار النفسية التى يتعرض لها الطفل فى - سنوات عمره الاولى نتيجة خروج المرأه للعمل.٣- التعرف على مدى تأثير عمل المرأه على توافقها للزواج.٤- التعرف على مدى تأثير توافق المرأه زواجيا على صحة الأبناء النفسية من حيث الانطواء - القلق - العدوان.٥-

التعرف على مدى تأثير التفاعل بين خروج المرأة للعمل وتوافقها الزواجى على صحة الأبناء النفسية.وأجرى البحث على عينة من :أطفال محافظة القاهرة حيث ركزت الباحثة على مدارس ادارتى عابدين والمعادى ومعظم ادارات محافظة القاهرة وتتراوح أعمار العينة من ٣ سنوات إلى ست سنوات وبلغت العينة ١١٠ طفلاً وطفلة وتشكلت لدى الباحثة مجموعتين مقسمين كالتالى:أ- مجموعة تجريبية وعددها ٥٥ طفلاً وطفلة لأمهات يعملن.ب- مجموعة ضابطة وعددها ٥٥ طفلاً وطفلة لأمهات لا يعملن.واستخدم الباحثة الأدوات الآتية :أ- أدوات ضابطة:١- اختبار رسم الرجل لجو انف هاريس للذكاء تعريب "مصطفى فهمى".٢- استمارة جمع البيانات عن الطفل ووالديه "إعداد الباحثة".٣- استمارة المستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى "إعداد سامية قطان".ب- الأدوات الأساسية:١- مقياس القلق والانطواء والعدوان "إعداد الباحثة".٢- مقياس التوافق الزواجى "إعداد الباحثة".وكانت الفروض والتساؤلات هى :١- لاتوجد فروق بين أبناء الأمهات العاملات وابناء الأمهات غير العاملات من الجنسين من حيث الصحة النفسية (الانطواء، القلق، العدوان).٢- لاتوجد فروق بين الأمهات العاملات والأمهات وغير العاملات من حيث التوافق الزواجى.٣- لاتوجد فروق بين أبناء الأمهات المتوافقات زواجياً وأبناء الأمهات والغير متوافقات زواجياً من العاملات من حيث الصحة النفسية والقلق - والانطواء - والعدوان.٤- لاتوجد فروق بين أبناء الأمهات - المتوافقات زواجياً وابناء الأمهات الغير المتوافقات زواجياً من غير العاملات من حيث الصحة النفسيه (القلق - والانطواء -

العدوان).وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :١- لاتوجد فروق بين الجنسين سواء لدى أبناء العاملات او أبناء غير العاملات لكل من بعد الانطواء ولكن رجعت فروق دالة بين أبناء العاملات وأبناء غير العاملات فى الأبعاد الثلاثة لصالح أبناء غير العاملات.٢- توجد فروق بين الأمهات العاملات والامهات غير العاملات من حيث التوافق الزواجى.٣- توجد فروق بين أبناء الأمهات المتوافقات زواجياً وابناء الأمهات غير المتوافقات زواجيا من العاملات لصالح أبناء الأمهات المتوافقات زواجياً.٤- توجد فروق بين أبناء الأمهات المتوافقات زواجياً وأبناء الأمهات غير المتوافقات زواجيا ليس من الأم غير العاملة بالنسبة لبعد (القلق - العدوان - الدرجة الكلية (الصحة النفسية) لصالح أبناء الأمهات المتوافقات زواجياً.

ميرفت عبدالهادى محمد بدر:

"دراسة بعض العوامل المؤثرة على درجة النضج الاجتماعى للأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة ومدى ظهور المشكلات السلوكية بهم".
رسالة ماجستير - كلية الزراعة - جامعه الاسكندرية -١٩٩٣.

[٣٦]

ويهدف البحث إلى : ١- تحديد المستوى الاجتماعى للأطفال المبحوثين.٢- التعرف على مستوى وعى الأمهات فيما يتعلق بأسلوب التنشئة الإجتماعية لأطفالهن.٣- التعرف على درجة النضج الاجتماعى مقاساً بنوعية السلوك الاجتماعى للأطفال.٤- التعرف على المستوى الثقافى لأمهات

المبحوثين.٥- التعرف على مستوى المشكلات السلوكية الشائعة بين الأطفال المبحوثين.٦- دراسة الصحة النفسية لأمهات الأطفال.وأجرى البحث على عينة من :- سجلات إدارة الشئون الإجتماعية بالاسكندرية وتضمنت جميع الأطفال في مرحلة رياض الأطفال بالاسكندرية بمنطقة المنتزه والجمرك والوسط.وأستخدمت الباحثة الأدوات التالية : ١- إستبيان لمستوى نضج الأمهات وثقافتهم.٢- اختبار Middle / Sex لقياس الصحة النفسية للأم.٣- اختبار السلوك الاجتماعي للأطفال.وكانت النتائج التي توصل اليها البحث :١- هناك ارتباط إيجابي غير معنوي بين مستوى تعليم الأم والسلوك العدواني للطفل كما وجد إرتباط سلبي وغير معنوي بين متوسط الدخل الشهري للفرد والسلوك العدواني.٢- هناك ارتباط إيجابي بين تعليم الأم والأب والاخوات لدى الطفل.٣- هناك إرتباط معنوي بين عمل الأم والمشاكل التغذوية للطفل.٤- لم يكن هناك ارتباط بين كل من مستوى التعليم للأم والدخل الشهري للأسرة مع مشكلة قضم الاظافر الصغار.

السيد عبد العزيز الرفاعي:

"اساءه معاملة الطفل وعلاقتها ببعض المشكلات النفسية".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا - جامعه عين شمس -١٩٩٤.

[٣٧]

ويهدف البحث إلى :-١- محاولة القاء الضوء على ظاهر إساءة معاملةالأطفال ومدى انتشارها وذلك من خلال العينة والادوات المستخدمة في الدراسة.٢- الكشف عن بعض المشكلات النفسية للأطفال ومدى ارتباطها

بإساءة المعاملة.٣- محاولة الكشف عن بعض المتغيرات الاسرية التى ترتبط بإساءة معاملة الاطفال.٤- الكشف عن اهم الفروق فى اساءه معاملة الأطفال بين الذكور والاناث.واجرى البحث على عينة من :-٦٠ طفلا قسموا إلى مجموعتين مجموعة الدراسة وقوامها ٣٠ طفل تشمل على ١٨ من الذكور، ١٢ من الاناث والمجموعة الضابطة قوامها ٣٠ طفل تشمل أيضاً على ١٨ من الذكور،١٢ من الاناث بمدى عمرى يبدأ من ١٠-١٦سنة.واستخدم الباحث الأدوات الآتية :-١- التقارير السابقة لحالات الأطفال داخل المؤسسة العلاجية والعيادة الخارجية.٢- المقابلة شبه المقننة (مع الطفل بمفرده ثم مع الوالدين ثم الطفل والوالدين معاً).٣- استمارة الطفل المعذب والمهمل (إعداد عبدالوهاب كامل، ١٩٩٠) التى تتضمن قسماً حول المستوى الوظيفى والتعليمى بالاسرة.٤- قائمة وصف سلوك الطفل المراهق لاكونساخ (إعداد محمد حسيب الدفراوى ١٩٩٠)٥- أختبار الذكاء المصور لأحمد زكى صالح ١٩٧٨.وكانت الفروض والتساؤلات :-١- توجد فروق ذات دالالة إحصائيا فى متوسط الدرجة الكلية لاساءة المعاملة بين مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة.٢- توجد فروق دالة احصائيا فى متوسط الدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية بين مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة والتى تتمثل فى الانسحاب - الاكتئاب - الوسواس القهرى - فرط النشاط - العدوانية - الجنوح.٣- توجد فروق دالة إحصائيا فى متوسطى الدرجة الكلية لاساءة المعاملة وبعض المشكلات النفسية بين الذكور والاناث فى مجموعة الدراسة.٤- توجد علاقة ارتباط دالة احصائيا بين اساءة المعاملة وبعض

المشكلات النفسية لدى مجموعة الدراسة.٥- توجد علاقة ارتباط دالة احصائيا بين اساءة المعاملة وبعض المتغيرات الاسرية فى مجموعة الدراسة وتتمثل فى الحالة النفسية للوالدين والمستوى التعليمى وعدد الابناء.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :-١- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط الدرجة الكلية لاساءة المعاملة بين مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة لصالح مجموعة الدراسة.٢- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط الدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية بين مجموعة الدراسة والمجموعة الضابطة لصالح مجموعة الدراسة.٣- عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والاناث فى متوسط الدرجة الكلية لاساءة المعاملة ومتوسط الدرجة الكلية لبعض المشكلات النفسية لدى مجموعة الدراسة.٤-وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين اساليب اساءة المعاملة وبعض المتغيرات الاسرية لدى مجموعة الدراسة.٥- كما توصلت هذه الدراسة إلى بعض النتائج الكيفية التى تضمنت تحليل بسيط لبعض شكاوى الأطفال كما وجد أن التاريخ العائلى خاصة فى وجود المشكلات النفسيه يلعب دورا هاما فى انتشار اساليب اساءة المعاملة داخل الاسرة.

أنسى قاسم:

"مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للاطفال المحرومين من الوالدين" دراسة مقارنة".

رسالة دكتوراة – كلية الاداب – جامعة عين شمس – ١٩٩٤.

[٣٨]

ويهدف البحث الى:- التعرف على الاضطرابات السلوكية ومفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الوالدين والمودعين بالمؤسسات وبالاسر البديلة. وأجرى البحث على عينه من:- ١٢٠ طفل وطفلة مقسمين على مجموعات ثلاث:- مجموعة أطفال الأسر البديلة وتتكون من ٤٠ طفل وطفله (١٩ ذكور، ٢١إناث) مجموعة أطفال الأسر الطبيعية وتتكون من ٤٠ طفل وطفله (١٩ ذكور - ٢١إناث) مجموعة أطفال المؤسسات الايوائية وتتكون من ٤٠ طفل وطفله (١٩ ذكور، ٢١ إناث). وإستخدم الباحث الادوات الاتية: ١- قياس مفهوم الذات للاطفال من سن ما قبل المدرسة. ٢- قائمة سلوك طفل ما قبل المدرسة. ٣- اختبار رسم الرجل. ٤- إستمارة بيانات الطفل فى الاسرة البديلة. ٥- استمارة بيانات الطفل فى المؤسسة. ٦- استمارة بيانات الطفل فى الاسرة الطبيعية. وكانت الفروض والتساؤلات هى:
١- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أطفال الأسر البديلة ومتوسط درجات أطفال المؤسسات فى مفهوم الذات. ٢-هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أطفال الأسر البديلة ومتوسط درجات أطفال الأسر الطبيعة فى مفهوم الذات. ٣- هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أطفال الأسر البديلة واطفال المؤسسات فيما يتعلق بإبعاد مفهوم الذات كما يقيسها الاختبار المستخدم. ٤-هناك فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات اطفال الأسر البديلة ومتوسط درجات أطفال المؤسسات فى الاضطرابات السلوكية. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:- • وجد فرق ذو دلالة إحصائية بين أطفال الأسر البديلة واطفال

المؤسسات فى مفهوم الذات لصالح أطفال الأسر البديلة. • وجد فرق ذو دلالة احصائية بين أطفال الأسر البديلة واطفال الأسر الطبيعيه فى مفهوم الذات لصالح الأسر الطبيعية. • وجد فرق ذو دلالة احصائية بين أطفال الأسر البديلة واطفال المؤسسات فى بعض ابعاد مفهوم الذات (بعد العلاقة بالكبار – بعد الذات الانفعالية) لصالح أطفال الأسر البديلة. • وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال الأسر البديلة واطفال الأسر الطبيعيه فى بعض ابعاد مفهوم الذات (بعد العلاقة بالكبار – بعد الذات الانفعالية) لصالح أطفال الأسر الطبيعيه. • وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال الأسر البديلة واطفال المؤسسات فى بعض ابعاد اضطرابات السلوك لمشكلات السلوك المصاحب الانفعالية – السلوك الانسحابى – الاتصال بالاخرين مستوى النشاط والتركيز) لصالح أطفال الأسر البديلة.

جمال محمد عباس عبد الصادق:

"تطور الحكم الخلقى لدى الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات الديمجرافية".

رسالة دكتوراة – كلية التربية – جامعة جنوب الوادى – ١٩٩٤.

[٣٩]

ويهدف البحث الى بحث تطور الحكم الخلقى لدى الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات الديمجرافية المتمثلة فى (العمر – الجنس – البيئة (ريف –

حضر). المعاملة الوالدية بالإضافة إلى الذكاء. دراسة العلاقة بين نتائج تطبيق مقياس بياجيه ومقياس كولبرج التعرف على أثر هذه العوامل الديمجرافية مجتمعه على تطور الحكم الخلقى. وأجرى البحث على عينة من:(١٥٠) تلميذاً (٧٤) ذكورن (٧٦) إناث) من تلاميذ مدينة سوهاج ومن قرية بلصفورة تم إختيارهم بطريقة عشوائية طبقية من تلاميذ الصف الثالث وعددهم (٢٨)، الصف الرابع وعددهم(٢٩)، الصف الخامس وعددهم (٢٦) والصف السادس وعددهم (٣٤) والصف السابع وعددهم (٣٣) مع مراعاة التجانس المطلوب بين تلاميذ كل صف. واستخدم الباحث الأدوات الآتية:١- قصص بياجية لقياس الحكم الخلقى وتقيس المسئولية الموضوعية واللفظية لبعض المفاهيم الخلقية وقنن المقياس من قبل الباحث على (٥٠) طفل. ٢- إختبار النمو الأخلاقى إعداد (محمد السيد عبدالرحمن - عادل عبدالله) فى ضوء نظرية كولبرج الأنجلو المصرية ١٩٩١. ٣- إختبار هايدل برج للذكاء تأليف كراتش مايرو إعداد حسنين الكامل النهضة المصرية ١٩٨٥. ٤- استبيان (القبول - الرفض) الوالدى إعداد (ممدوح سلامه) ١٩٩٨. ٥- أستمارة جمع بيانات من إعداد الباحث للحصول على معلومات من عينة البحث وأسرته وحالته الدراسية. وكانت الفروض والتساؤلات:١- توجد فروق دالة إحصائياً فى نمو الحكم الخلقى بين مجموعات الأعمار المختلفة لعينة الدراسة لصالح الأكبر سناً. ٢- لاتوجد فروق دالة إحصائية فى نمو الحكم الخلقى بين البنين والبنات عينة الدراسة. ٣- توجد فروق دالة إحصائية فى نمو الحكم الخلقى بين أبناء الريف وأبناء الحضر لدى الأطفال

عينة الدراسة لصالح أبناء الحضر. ٤- توجد علاقة إرتباطيـة دالـة إحصائية بين نمو الحكم الخلقى ودرجة المعاملة الوالديـة لدى الأطفـال عينـة الدراسـة. ٥- توجد علاقة ارتباطيـة دالـة إحصائيـة فـى نمـو الحكـم الخلقـى بيـن نتـائج تطبيق كل من مقياس بياجية ومقياس كولبرج على العينـة. ٦- توجـد علاقـة إرتباطية دالـة إحصائيـة فـى نمـو الحكـم الخلقـى ومسـتوى الذكـاء لـدى عينـة الدراسـة. ٧- لايوجد تفاعل دال بين تأثير المتغـيرات الديمجرافيـة علـى متغيرات الحكم الخلقى لدى عينة الدراسة. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث: ١- وجود فروق دالة إحصائياً فـى نمـو الحكـم الخلقـى بيـن الأعمـار المختلفة لصالح الأطفال الأكبر سناً. ٢- لم توجد فـروق دالـة إحصائيـاً فـى نمو الحكم الخلقى بين البنين والبنات عينة الدراسـة. ٣- وجـدت فـروق دالـة إحصائياً فى نمو الحكم الخلقى بين أبناء الريـف وأبنـاء الحضـر لصـالح أبنـاء الحضر. ٤- وجدت علاقة إرتباطية دالـة بيـن نمـو الحكـم الخلقـى ودرجـة المعاملة الوالدية لدى الأطفال عينة الدراسة.٥- وجدت علاقـة إرتباطيـة دالـة إحصائياً فى نتائج نمـو الحكم الخلقى بين تطبيق مقيـاس بياجيـة ومقيـاس كولبرج على عينة الدراسة. ٦- توجد علاقـة إرتباطيـة دالـة بيـن نمـو الحكـم الخلقـى ومستوى الذكـاء لدى عينـة الدراسـة. ٧- لايوجـد تفـاعل دال بيـن المتغيرات الديمجرافية (العمـر - البيئـة - المعاملـة الوالديـة) وبيـن متغـيرات الحكم الخلقى لدى عينة الدراسة.

عبدالصبور منصور محمد سيد أحمد:

"أثر الارشاد النفسى فى تعديل بعض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً".

رسالة دكتوراة- معهد الدراسات والبحوث التربوية - جامعة القاهرة- ١٩٩٤م.

[٤٠]

تهدف الدراسة الى معرفة مدى امكانية تعديل بعض الاضطرابات السلوكية الأكثر انتشاراً لدى الأطفال المتخلفين عقلياً (القابلين للتعلم) باستخدام البرامج الارشاديه وأجراءات تعديل السلوك المناسبة لمساعدتهم على تحقيق أكبر مستوى ممكن من التكيف فى حدود قدراتهم وكذا التعرف على أثر نوع الاقامة (داخلية - خارجية) فى فاعلية البرنامج الارشادى المستخدم. وأجرى البحث على عينة من:(٣٤) طفلاً من الأطفال المتخلفين عقلياً مقسمين لمجموعتين مجموعة تجريبية قوامها (١٧) طفلاً منهم (٩) أطفال مقيمين بالمعهد و (٨) أطفال غير مقيمين والمجموعة الأخرى ضابطة وقوامها (١٧) طفلاً منهم (٩) أطفال مقيمين بالمعهد و(٨) غير مقيمين وجميع أطفال العينة فى مستوى عمر زمنى من (٨-١٢) سنة وبمستوى ذكاء يتراوح ما بين (٥٠-٧٠) من فئة التخلف العقلى الخفيف Mild. واستخدم الباحث الأدوات الآتية:أ- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (اعداد محمد عبدالسلام، لويس مليكه). ب- مقياس السلوك التكيفى (اعداد فاروق صادق) جـ - استطلاع رأى الأباء والمشرفين عن أهم مايحبه ويرغبه الأطفال

المتخلفون عقلياً (اعداد الباحث). د- برنامج ارشادى للأطفال المتخلفين عقليا (اعداد الباحث). وكانت الفروض والتساؤلات هى:١- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات الأطفال المتخلفين عقلياً بالمجموعة التجريبية وبين متوسط درجات الأطفال المتخلفين عقلياً بالمجموعة الضابطه فى مستوى الاضطرابات السلوكية لصالح المجموعة التجريبية بعد البرنامج. ٢- توجد فروق داله احصائياً بين متوسط درجات الأطفال المتخلفين عقلياً بالمجموعة التجريبية غير المقيمة وبين متوسط درجات الأطفال المتخلفين عقلياً المجموعة التجريبية المقيمه فى مستوى الاضطرابات السلوكية لصالح المجموعة التجريبية غير المقيمة. ٣- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات الأطفال المتخلفين عقلياً بالمجموعة التجريبية وبين متوسط درجات الأطفال المتخلفين عقلياً بالمجموعة الضابطة فى مستوى السلوك النمائى (الاستقلالى) لصالح المجموعة التجريبية بعد البرنامج. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:١- وجدت فروق دالة احصائياً بين المجموعة التجريبية وبين المجموعة الضابطه فى مستوى الاضطرابات السلوكية بعد البرنامج لصالح المجموعة التجريبية ٢- لاتوجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية المقيمة وبين المجموعة التجريبية غير المقيمة وذلك فى الدرجة الكلية للاضطرابات السلوكية. ٣- وجدت فروق دالة احصائياً بين المجموعة التجريبية وبين المجموعة الضابطه فى السلوك النمائى (الاستقلالى) لصالح المجموعة التجريبية

نوري فوزي يوسف:

"دراسة تجريبية لخفض مستوى القلق عند الأطفال بالمرحلة الابتدائية باستخدام اللعب التمثيلي".

رسالة ماجستير - كلية التربية - جامعة اسيوط - ١٩٩٤.

[٤١]

ويهدف البحث الى تخفيض مستوى القلق لدى التلاميذ بالمرحلة الابتدائية من سن (١٠-١١ سنة) باستخدام اللعب التمثيلي مع الأطفال ذو مستويات القلق العالي.وأجرى البحث على عينة من :اطفال المدارس الابتدائية (١٠-١١) سنة من مدارس مدينة اسوان وهى تبلغ ٥ مدارس تم تقسيمهم إلى مجموعتين (ضابطة، تجريبية).واستخدم الباحث الأدوات الآتية :١- مقياس القلق العام للأطفال. "اعداد الباحث"٢- برنامج اللعب التمثيلي. "اعداد الباحث"٣- مقياس المستوى الإجتماعي والاقتصادي.٤- اختبار القدرة العقلية العامة. وكانت الفروض والتساؤلات هي: ١- هل يساعد اللعب التمثيلي على تخفيض القلق لدى الأطفال؟٢- اى الجنسين الذكور لم الأناث أكثر تأثرا باللعب التمثيلي فى تخفيض القلق لديهم؟وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :١- أكد على الدور الايجابي للعب التمثيلي فى خفض توتر الأطفال.٢- على أطفال العينة التجريبية.٢- توجد فروق ذات دلالة احصائية على أن مجموعة الذكور ومجموعة البنات فى المجموعة التجريبية التى تعرضت لبرنامج التمثيل من الأطفال تنخفض القلق لصالح الذكور.

محمد جبشي حسين:

"السلوك العدواني وعلاقته بمتغيرات بيئة الفصل كما يدركها تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي".

رسالة ماجستير - كلية التربية - جامعة الأسكندرية -١٩٩٤.

[٤٢]

وتهدف الدراسة إلى :- التعرف على بعض عوامل بيئة الفصل (النفسجتماعية - الفيزيقية) المرتبطة بالسلوك العدواني (درجة كلية، مادى، لفظى). تحديد الفروق بين الجنسين فى السلوك العدواني- تحديد الفروق بين الجنسين فى ادراك متغيرات بيئة الفصل.- التعرف على أثر التفاعل بين الجنسين ومستوى ادراك التلاميذ لعوامل بيئة الفصل على السلوك العدواني.اجرى البحث على عينة من تلاميذ وتلميذات الصف الرابع بالتعليم الأساسي بمحافظة الأسكندرية العام الدراسى ٩٣/٩٢ - تم اختيار فصل واحد من كل مدرسة بطريقة عشوائية وقد روعى أن تكون المدارس متنوعة فى بيئتها الفيزيقية من حيث الكثافة - الضوضاء.عددهم ٥٠٤ ،٢٠٠تلميذ ٣٠٤ تلميذه متوسط العمر ٩,٩٥- ٩,٨٨ استخدم الباحث الأدوات الآتية :- قائمة السلوك العدواني إعداد "محمود منسى ومحمود بيومى".- قائمة البيئة النفسجتماعية كما يدركها التلاميذ "إعداد الباحث"- قائمة البيئة الفيزيقية كما يدركها التلاميذ "اعداد الباحث"كانت الفروض والتساؤلات هى :١- هل يختلف كل البنين والبنات فى إدراكهم لبيئة الفصل النفسجتماعية وادراكهم لبيئة الفصل الفيزيقية والسلوك العدواني من تلاميذ الصف الرابع من التعليم

الأساسى ولصالح من هذه الفروق.٢- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين السلوك العدوانى (درجة كلية، مادى، لفظى) ومتغيرات بيئة الفصل (النفسجتماعيه- الفيزيقية). كما يدركها تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسى.كانت النتائج التى توصل اليها البحث هى ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠١. بين تلاميذ وتلميذات الصف الرابع من التعليم الأساسى فى أدراكهم لبعدالتماسك لصالح البنين.٢- لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تلاميذ وتلميذات الصف الرابع فى أبعاد بيئة الفصل النفسجتماعية التالية :المشاحنة - الرضا - المحاباة تأييد المعلم - الترتيب والتنظيم - وضوح قواعد السلوك-توجيه المهمه).٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠٥. بين تلاميذ وتلميذات الصف الرابع الابتدائى فى بعد المنافسه لصالح البنات.٤- يوجد أثر للتفاعل بين جنس التلميذ وبعد موقع الجلوس داخل الفصل على السلوك العدوانى لدى تلاميذ الصف الرابع الابتدائى

مها فؤاد عبداللطيف أبو حطب:

"دراسة المخاوف المرضية الشائعة بين أطفال المدارس فى المرحلة العمرية من ٨-١٢ سنة".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٤.

[٤٣]

ويهدف البحث الى تحديد أهم المخاوف المرضية الشائعة بين أطفال المدارس فى المرحلة العمرية من ٨-١٤ سنة من الجنسين ومن المستويات الإقتصادية والاجتماعية المختلفة وقد تم تقسيم هؤلاء الأطفال إلى ثلاث مجموعات عمرية وهى المجموعة الاولى من ٨-١٠ سنوات والثانية من ١٠-١٢ سنة والثالثة من ١٢-١٤ سنة.وأجرى البحث على عينة: عشوائية مؤلفة من ٤٦٠ طفلاً وطفلة منهم ٢٠٦ ذكور، ٢٥٤ إناث من طلبة المداس الابتدائية والاعدادية بمحافظة القاهرة وقد تم اختيارهم ليمثلوا المرحلة العمرية من ٨-١٤ سنة والمستويات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة منهم ٢٠٣ طفلاً من المستوى الاقتصادى والإجتماعى المرتفع و٢٥٧ من المستوى الاقتصادى والإجتماعى المنخفض.واستخدمت الباحثة الأدوات الآتية:قامت الباحثة بإعداد صورة مختصرة من مقياس المخاوف الشائعة (للأستاذة الدكتورة فايزة يوسف عبد المجيد) لكى تتناسب مع المرحلة العمرية المراد دراستها وطبقت الأداة فى صورتها الجديدة بعد دراسة ثباتها.وكانت الفروض والتساؤلات هى:١- توجد فروق فى أنواع المخاوف المرضية لدى الأطفال فى المجموعات العمرية الثلاثة من ٨-١٤ سنة.٢- يوجد اختلاف فى أنواع المخاوف المرضية باختلاف الجنس.٣- يوجد اختلاف فى أنواع المخاوف المرضية باختلاف المستوى الاقتصادى الاجتماعى.٤- يظهر الأطفال مخاوف تتناسب مع الشائع منها فى كل من العمر والجنس والمستوى الاقتصادى والإجتماعى الذى ينتمون إليه.وكانت النتائج التى توصل إليها البحث هى:أظهر الأطفال فى المجموعات العمرية الثلاثة اختلافا واضحاً فى

المخاوف المرضية وهى الخوف من الظلام - الأحلام المفزعة والكوابيس - الموت - العقاب بالعصا - الامتحان - الثعابين - الحقن - عدم رضا الوالدين - الرعد - الكبريت - رؤية القتيل - النمل - السيارة - المدرسة وأظهرت الأناث درجة أكبر من الرهاب مقارنة بالذكور في جميع العبارات السابق ذكرها.أظهر الأطفال من المستوى الاقتصادى والإجتماعى المنخفض درجة أكبر من الرهاب مقارنة بالأطفال من المستوى الاقتصادى والإجتماعى المرتفع.أظهر الأطفال مخاوف مرضية تتناسب مع المخاوف الشائعة في كل من العمر والجنس والمستوى الاقتصادى والإجتماعى الذين ينتمون إليه. هناك بعض المخاوف المرضية الشائعة المرتبطة بالعمر معظمها أكثر شيوعاً بين الاناث عنها بين الذكور.

نشوى زكى محمد حبيب:

"الخصائص الفارقة بين أساليب تنشئة الأم في وجود الأب وتلك الأساليب السائدة في غياب الأب وأثرها على بعض الأنماط السلوكية للطفل". رسالة ماجستير - كلية الآداب - جامعة طنطا - ١٩٩٤.

[٤٤]

وتهدف الدراسة إلى :١- التعرف على أساليب التنشئة التى تتبعها الأم أثناء غياب الأب وأثناء تواجده وكيفية إدراك الأبناء لها.٢- التعرف على تأثير هذه الأساليب على بعض الأنماط السلوكية للطفل كالتوجه للانجاز والعدوانية والاعتمادية.وإجرى البحث على عينة من ذكور تكون من ١٤٨

تلميذاً من المرحلة الاعدادية الفرقه الاولى والثانية بعدة مدارس بطنطا - أعمارهم ١١:١٢ سنه المتوسط العمرى (١١,٤٠) عينة (أ) ٧٤ تلميذ غائب الأب ٣٤ حالة غياب بالوفاة ٤٠ حالة غياب بالسفر لمدة ٢-٤ سنوات عينة (ب) ٧٤ تلميذ فى أسر عادية.ثانيا عينة الإناث : ٨٠ تلميذه المرحلة الاعدادية (الاولى والثانية من مدارس بطنطا أعمارهم ١١:١٢ سنه متوسط قدره (١١,٦) تنقسم إلى (أ) ٤٠ تلميذه اباءهم مسافرون لمدة ٢-٤ سنوات ٤٠ تلميذة فى أسر عادية.استخدم الباحث الأدوات الاتية :- اعداد اختبار الاعتمادية الاستقلالية.- اعداد اختبار التوجه للانجاز صورة الأطفال.- واعداد حساب شروطه السيكومترية (ايزنك ويلسون) يستخدم لقياس العدوانية - التأكيدية - البحث الحسى - التوجه للانجاز.وكانت الفروض والتساؤلات هى :١- تباين أساليب التنشئة التى تتبعها الأم فى حالة وجود الأب عنها فى حالة غيابه بغض النظر عن نمط الغياب :أ- بالنسبة للذكور. ب- بالنسبة للاناث.٢- تختلف أساليب التنشئة التى تتبعها الأم بالنسبة للطفل الذكر بتباين نمط غياب الأب : أ- غياب السفر. ب- غياب بالوفاة.٣- تباين تلك الأساليب فى حالة غياب الأب بالسفر تباين الطفل من ذكر وأنثى.٤- تتباين أساليب التنشئة التى تتبعها الأم فى حالة غياب الأب عنها فى حالة حضوره حيث قد ترتبط أو تؤخر على متغيرات الشخصيه - التوجه الانجاز - العدوانية - الاعتمادية وذلك بالنسبه للطفل الذكر.٥- تتباين أساليب التنشئة التى تتبعها الام فى حالة غياب الأب عنها فى حالة حضوره حيث قد ترتبط أو تؤثر على

متغيرات الشخصية التوجه الانجاز ، العدوانية ، الاعتمادية للطفلة الأنثى.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :بالنسبة للفرض الاول : تم اختبار (ت) وجود فروق دالة احصائياً فى اسلوب الدفء عند مستوى٠.٠١ ، وجود فروق دالة احصائيا فى أسلوب عدم العقاب البدنى عند مستوى ٠.٠٥ والفروق فى الأسلوبين لصالح الأب – اختفت دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات للمجموعتين عند أساليب العقاب البدنى النفسى – عدم الاتساق – الاهمال الرفض الأمومى لم يكن للفروق دالة احصائية، للاناث عدم وجود فروق دالة احصائية بين الاساليب التى تستخدمها الأم فى حالة الوجود والغياب للأب.الفرض الثانى : وجود فروق دالة احصائيا فى اسلوب واحد فقط من أساليب التنشئة الاهمال وعدم الاهتمام بالطفل لصالح الغياب بالوفاة.الفرض الثالث : وجود فروق ذات دالة احصائيا فى متوسطات درجات أساليب التنشئة بين الاناث غائبا الأب لصالح عينة الذكور.الفرض الرابع : تشير مصفوفه معاملات الارتباط ارتباط جوهرى موجب عند مستوى ٠.١ بين الدفء والعقاب البدنى النفسى والتوجه للانجاز ٠.٠٥ بين اسلوب الرفض الأمومى والعدوانية ٠.٠٥ عدم الأتساق السلوك الأمومى والعدوانية.الفرض الخامس : مصفوفه معاملات الارتباط ارتباط جوهرى سالب الاهمال والتوجه للانجاز الدفء من الأم والاعتمادية.

نوال أحمد مرسي:

"ممارسة العلاج الأسري لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال ضعاف السمع".

رسالة ماجستير - كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان - ١٩٩٤.

[٤٥]

تهدف الدراسة الى:ممارسة العلاج الأسرى فى خدمة الفرد لتعديل السلوك العدوانى لدى الأطفال ضعاف السمع سواء كان:أ- عدوان موجه نحو الذات ب- عدوان موجه نحو الأخرين. وإجرى البحث على عينة من:٢٠ طفل يتراوح أعمارهم بين ١١-١٥ سنه وتم إختيار عشرة حالات عمدياً. وإستخدمت الباحثه الأدوات الآتية: ١- الجلسات الأسرية ٢- المقابلات الفردية. ٣-تصميم إستمارة ملاحظة لقياس السلوك العدوانى للأطفال ضعاف السمع (إعداد الباحثة). وكانت الفروض والتساؤلات هى:أ- توجد فروق دالة إحصائيابين القياسات القبلية والبعدية لحالات المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج الأسرى لتعديل السلوك العدوانى نحو الذات. ب- توجد فروق دالة إحصائياً بين القياسات القبلية والبعدية لحالات المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج الأسرى لتعديل السلوك العدوانى نحو الأخرين. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:١- توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلى والقياس البعدى لحالات المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج الأسرى لتعديل السلوك العدوانى الموجه نحو الذات. ٢- توجد فروق

دالة إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي لحالات المجموعة التجريبية نتيجة ممارسة العلاج الأسري لتعديل السلوك العدواني الموجه نحو الآخرين.

هناء أحمد أمين:

دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية للأطفال مجهولي النسب في نظامي الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية. دراسة مطبقة على الأطفال مجهولي النسب بجمعية أولادي وقرية الأطفال .S. O. S.
رسالة ماجستير - كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان - ١٩٩٤.

[٤٦]

تهدف الدراسة إلى :١- دراسة توصيف المشكلات السلوكية للأطفال مجهولي النسب داخل نظامي الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية.٢- مقارنة المشكلات السلوكية للأطفال مجهولي النسب داخل نظامي الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية.وأجرى البحث على عينة من :أطفال جمعية أولادي (مجهولي النسب) من سن (٦:٩) وعددهم (٧٨) طفل، وكل الأطفال مجهولي النسب داخل قرية الأطفال (.S.O.S) من سن (٦:٩) سنوات وعددهم (٤١) طفل.وأستخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١-مقياس المشكلات السلوكية للأطفال مجهولي النسب (إعداد الباحثة) ٢- إستمارة ملاحظة المشكلات السلوكية للأطفال مجهولي النسب (إعداد الباحثة). ٣- الوثائق والسجلات الخاصة بالأطفال.٤- المقابلة مع الأمهات البديلات ومع المشرفات. وكانت الفروض والتساؤلات هي :الفرض الأساسي : توجد

فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المشكلات السلوكية للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية.وينبثق من هذا الفرض الفروض الفرعية الاتية١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات سلوك التمرد للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات سلوك الطعام للأطفال مجهولى النسب فى نظام الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات سلوك العدوان للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات سلوك الكذب للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٥- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات التبول اللاإرادى للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبة الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال مجهولى النسب الذكور والأناث فيما يتعلق بأبعاد المشكلات السلوكية المحددة فى التمرد والعدوان والكذب لصالح الذكور عن الإناث.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :١- وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطى درجات سلوك التمرد للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية

شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات سلوك الطعام للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات سلوك العدوان للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٤- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات سلوك الكذب للأطفال مجهولى النسب فى نظامى الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية لصالح أطفال الرعاية الجماعية.٥- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطى درجات سلوك التبول اللاإرادى للأطفال مجهولى النسب فى نظام الرعاية الجماعية والرعاية شبه الأسرية.٦- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأطفال مجهولى النسب الذكور والإناث فيما يتعلق بأبعاد المشكلات السلوكية (التمرد، العدوان، الشره، التبول اللاإرادى، الكذب) وبناءاً على ماسبق من نتائج تقبل صحة فرض الدراسة الرئيسى فى كل أبعاده عدا التبول اللاإرادى ونرفض فرض الدراسة السادس فى كل أبعاده.

يسرية محمد سليمان سالم:

"العلاقة بين القدرات الابتكارية وبعض المتغيرات النفسية".

رسالة دكتوراة – معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس – ١٩٩٤.

[٤٧]

تهدف الدراسة الى: التعرف على مدى تأثير كل من (البيئة الثقافية والبيئه المدرسية - ووسائل الاعلام). وأجرى البحث على عينة من: (٤٠٠ تلميذاً وتلميذه) من الصف الخامس الابتدائى بمحافظتى (القاهرة - الغربية) وكان تقسيم العينة كالآتى: ٢٠٠ تلميذاً وتلميذه بالحضر (١٠٠ تلميذا - ١٠٠ تلميذه). ٢٠٠ تلميذاً وتلميذه بالريف (١٠٠ تلميذاً - ١٠٠ تلميذه). واستخدم الباحث الأدوات الآتية: اختبار الذكاء المصور (إعداد د. أحمد ذكى صالح). اختبار تورانس للتفكير الابتكارى ترجمة (عبدالله سليمان) الصورة (ب) ترجمة (د. فؤاد ابوحطب). مقياس المتغيرات البيئية (إعداد الباحثة). مقياس المشكلات النفسية والاجتماعية (إعداد الباحثة). وكانت الفروض والتساؤلات هى: إلى أى حد توجد علاقة بين القدرات الابتكارية لتلميذ المدرسة الابتدائية وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية فى كل من الريف والحضر؟ إلى أى حد توجد علاقة بين المستوى الثقافى للاسرة والقدرات الابتكارية لتلاميذ الصف الخامس ب فى كل من الريف والحضر؟ هل هناك علاقة بين مناخ حجرة الدراسة (المقصود بالمعلم داخل حجره الدراسة) والقدرات الابتكارية لدى تلاميذ الصف الخامس ب فى كل من الريف والحضر؟وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى: ١- توجد علاقة دالة احصائيا بين المستوى الثقافى للأسرة والقدرات الابتكارية لكل من عينة الريف والحضر. ٢- توجد علاقة دالة احصائياً بين مناخ البيئة المدرسية والقدرات الابتكارية لكل من عونة الريف والحضر. ٣- توجد علاقة داله احصائيا بين برامج وسائل الاعلام والقدرات والقدرات الابتكارية لكل من

عنية الريف والحضر. ٤- لاتوجد فروق بين كل عينة من عينات الدراسة (مرتفعى ومنخفضى) القدرات الابتكارية فى المشكلات النفسية. ٥- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين كل عينة الريف والحضر (بنين - بنات) مرتفعى ومنخفضى القدرة الابتكارية فى المستوى الثقافى للاسرة لصالح مرتفعى القدرات الابتكارية. ٦- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين كل من عنية الريف والحضر (بنين - بنات) مرتفعى ومنخفض القدره الابتكارية فى مناخ البيئة المدرسية لصالح مرتفعى القدرات الابتكارية. ٧- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين كل من عينة الريف والحضر بين وبنات فى تأثير برامج الاعلام على مستويات الابتكار لديهم لصالح مرتفعى القدرات الابتكارية.

ابراهيم ذكى أحمد الصاوى:

"أثر مشاهدة بعض المنازلات الفردية على السلوك العدوانى لدى الأطفال من سن ٩:١١ سنة".

رسالة ماجستير - كلية التربية الرياضية بنات - جامعة الاسكندرية - ١٩٩٥.

[٤٨]

ويهدف البحث إلى :١- تفسير اثر المشاهد التليفزيونية لبرامج المنازلات الفردية (الملاكمة - المصارعة - الكاراتية) على السلوك العدوانى لدى الأطفال البنين من سن (٩-١١) سنة.٢- تفسير اثر المشاهدة التليفزيونية

لبرامج المنازلات الفردية (الملاكمة - المصارعة - الكاراتيـة) علـى السلوك العدوانى لدى الأطفال البنات من سن (٩-١١) سنه.٣- تفسير الفروق بين الأطفال البنيـن والبنـات المشـاهدين تليفزيونياً لبعض المنـازلات الفرديـة فـى درجة اكساب السـلوك العدوانـى.٤- التنبـؤ والتحكم فـى سلوك الأطفـال مـن خلال مشاهدة برامج المنازلات الفردية الـى يقدمهـا التليفزيـون.أجرى البحث على عينة من :(١٠٢) طفـلاً وطفلة منهـا (٥٨) طفل و(٤٤) طفلـه تتراوح أعمارهم من ٩-١١ سنه تم تقسيم العينة عشوائياً إلى مجموعتـان متسـاويتان احداهما تجريبية والأخرى ضابطـة وبلغت كل مجموعـة (٥١) طفل وطفلة منهـا (٢٩) طفل و(٢٢) طفلـه.واسـتخدم البـاحث الأدوات الآتيـة:- جهـاز تليفزيون مساحة ٢٦ بوصة.- فيديو مزود بشرائط للمباريـات (مصارعة ـ ملاكمة ـ كاراتية).- مقياس السلوك العدوانى من اعداد/ سلوى محمد رشدى ١٩٧٩وكانت فروض البحث :١ - تؤثر مشاهدة البرامج التليفزيونية لبعض المنازلات الفردية على رفع درجة السلوك العدوانى لـدى الأطفـال البنيـن مـن سن (٩-١١) سنه. ٢ - تؤثر مشاهدة البرامج التليفزيونيـة لبعض المنـازلات الفردية على رفع درجة السلوك العدوانى لدى الأطفـال البنـات مـن سن (٩-١١) سنه. ٣ - يختلف تأثير مشاهدة البرامج التليفزيونيـة لبعض المنـازلات الفردية فى رفع درجة السلوك العدوانى للبنين عن البنات فى سـن (٩-١١). وكانت النتائج التى توصل اليها البحث : ١ - إن مشاهدة البرامج التليفزيونية لبعض المنازلات الفردية ترفع درجة السلوك العدوانى لدى الأطفال البنين من سن ٩-١١ سنه فى جميع ابعاد المقيـاس مـاعدا فـى بعدى (الإعتـداء اللفظـى

والعناد).٢- ان مشاهدة البرامج التليفزيونية لبعض المنازلات الفردية ترفع درجة السلوك العدواني لدى الأطفال البنات من سن ٩-١١ في بعض ابعاد المقياس هي (الإعتداء اللفظي - العناد عدم التسامح مع الآخرين).٣- تؤثر مشاهدة البرامج التليفزيونية لبعض المنازلات الفردية على رفع درجة السلوك العدواني لدى الأطفال البنين اكثر من الأطفال البنات من سن ٩-١١ جميع ابعاد المقياس ماعدا (عدم التسامح مع الآخرين) فلاتوجد فروق ذات دلالة.

ايهاب عبدالعزيز عبدالباقي الببلاوي:

"العلاقة بين اساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدواني لدى ذوى الأعاقة السمعية".

رسالة ماجستير - كلية التربية - جامعة الزقازيق - ١٩٩٥.

[٤٩]

تهدف الدراسة إلى :-التعرف على العلاقة بين اساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ذوى الأعاقة والسلوك العدواني لديهم. - التعرف على علاقة كل من الجنس والمستوى الأجتماعي بالسلوك العدواني للعينة.- التعرف على البناء النفسي للطفل ذوى الاعاقة السمعية.- بناء مقياس للكشف عن صور السلوك العدواني.- بناء مقياس خاص بأسلوب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ذوى الأعاقة.وأجرى البحث على عينة من :٧٥ تلميذاً وتلميذه من ذوى الأعاقة السمعية بمدرسة الامل للصم بحلوان وتنقسم العينة إلى ٤٢ تلميذاً و٣٣ تلميذه.واستخدم الباحث الأدوات الآتية :-استخبار

اساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ذوى الأعاقة (إعداد الباحث).- استخبار تقدير المعلم للسلوك العدوانى لدى تلاميذ ذوى الأعاقة السمعية (الباحث).- استمارة المستوى الأجتماعى/ الأقتصادى إعداد "محمد عبدالحليم منسى".- اختبار رسم رجل " Good enough" تقنين مصطفى فهمى.وكانت الفروض والتساؤلات هى :لاتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين اساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء ذو الأعاقة السمعية والسلوك العدوانى لدى هولاء الأبناء.- لايختلف السلوك العدوانى لدى ذوى الأعاقة السمعية باختلاف الجنس ولختلاف المستوى الأجتماعى الأقتصادى.- لايوجد تفاعل ذو تأثير دال بين متغيرى الجنس والمستوى الأجتماعى الأقتصادى علـى السلوك العداونى لدى ذوى الاعاقة السمعيه.- لا تختلف ديناميات شخصيه ذوى الاعاقه السمعيه بإختلاف درجه سلوكهم العدوانى فى ضوء الدراسه الاكلينكية.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :- عدم وجود علاقة ارتباطية بين اسلوب رفض الأم والسلوك العدوانى ولكنة توجد علاقة بين اسلوب الرفض من جانب الأب وبين السلوك العدوانى.- وتوجد علاقة ارتباطية موجبه بين اسلوب القسوة وظهور السلوك العدوانى للأطفال.- وتوجد علاقة ارتباطية سالبه بين اسلوب الحماية واسلوب السواء وظهور السلوك العدوانى.- وجود فروق دالة إحصائيا بين البنين والبنات ذوى الأعاقة السمعية فى بعض مظاهر السلوك العدوانى. حيث كان البنين أكثر عدوانا فى العدوان البدنى المباشر نحو الأخرين.- يوجد اختلاف فى السلوك العدوانى بإختلاف المستوى الأجتماعى الأقتصادى ولوحظ انه لايوجد

اختلاف فى ابعاد العدوان الاشارى المباشر وغير المباشر نحو الذات ولكنه وجدت فروق فى ابعاد السلوك العدوانى حيث ان التلاميذ ذوى المستوى المنخفض أكثر عدوانا.- وعدم وجود فروق فى ابعاد السلوك العدوانى البدنى المباشر وغير المباشر.- لايوجد تفاعل بين متغيرى الجنس والمستوى الأقتصادى الأجتماعى على السلوك العدوانى.

تهانى فتح الله أحمد عبدالله:

"الخصائص النفسية لبعض الأمراض الجلدية".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٥.

[٥٠]

يهدف البحث إلى :عمل تقييم للخصائص النفسية لبعض الأمراض الجلدية التى يفترض ان لها جذور نفسية مثل حب الشباب والأرتكاريا والثعلبه والحساسية الجلدية وأخيراً الصدفية حيث أن الجلد ينقل الأشارات العصبية المستقبله من العين والأذن واللمس.أجرى البحث على عينة من :(٦٥) طفل مريض بالأمراض الجلدية السابعة و(٦٠) طفل سليم تتراوح أعمارهم بين السابعة والخامسة عشر بمتوسط عمرى من ١١,٩ سنة.إستخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١- تاريخ كامل للمرض الجلدى وكشف اكلينيكى.٢- مقابلة نفسية.٣- إختبار الأكتئاب (للدكتور غريب).٤- إختبار القلق الظاهر عند الأطفال (للدكتور موسى رشاد).وكانت الفروض والتساؤلات :١- هل هناك

علاقة بين الأمراض الجلدية السالفه الذكر وبعض الأمراض النفسية مثل القلق والأكتئاب؟.٢- هل هناك فروق دالة إحصائياً فى القلق والأكتئاب لدى الأفراد الذين لديهم هذه الأمراض الجلدية باختلاف الجنس؟.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- وجود أرتفاع ظاهر فى القلق والأكتئاب عند الأطفال المصابين بالأمراض الجلدية عنه فى الأطفال الأصحاء وان هذا الأرتفاع له دلالة احصائية وأن الفروق بين المجموعات الخمسة فى حدوث القلق والأكتئاب بسيطة وليس له أى دلالة إحصائية.٢- أثبتت الدراسة وجود علاقة موجبة بين القلق والاكتئاب فى الأمراض النفسجلدية هذه العلاقة لها دلالة احصائية.٣- هناك فروق ذات دلالة احصائية فى الاكتئاب بين الأولاد والبنات الذين يعانون من هذه الأمراض الجلدية حيث كان حدوثه فى البنات أكثر من وجود الميل للانتحار بنسبة ٣٠٪.

رياض نايل العاسمي:

"دراسة اكلينكية للبنية النفسية للأطفال الذين يعانون من الفوبيا المدرسية فى المرحلة الابتدائية".

رسالة ماجستير – معهد الدراسات والبحوث التربوية – جامعة القاهرة – ١٩٩٥.

[٥١]

وتهدف الدراسة الى: ١- التعرف على العوامل النفسية والأسرية والاجتماعية والمدرسية الشعورية التى تسهم فى ظهور فوبيا المدرسة لدى

الطفل.٢- التعرف على البنية الاساسية للطفل الذى يعانى من فوبيا المدرسة الاشعورية من خلال استخدام ادوات اكلينيكية. واجرى البحث على عينه من: ٩٠ طفل وطفله من تلاميذ الصف الثانى والثالث ابتدائى بالقاهرة بين ٧- ٩ سنوات مجموعة اولى لديهم فوبيا عددهم ٤٥ بواقع ٢٢ تلميذ ٢٣ تلميذة حاصلين على اعلى درجات الارباعى فى فوبيا مجموعة ثانية ٤٥ :١٨ تلميذ ٢٧ تلميذ حاصلين على ادنى درجات الارباعى فى فوبيا. واستخدم الباحث الادوات الاتية:-١- مقياس كولومبيا للنضج العقلى على السيد سليمان.٢- مقياس فوبيا المدرسة الباحث.٣- مقياس الاكتئاب للصغار عبدالفتاح.٤- اختبار الشخصية للاطفال عطية محمود هنا.٥- مقياس مفهوم الذات طلعت منصور بشاى.٦- اختبار تفهم الموضوع بلاك وبلاك.٧- استمارة تاريخ الحالة الباحث.وكانت الفروض والتساؤلات هى:-١- توجد فروق بين درجات اطفال لديهم فوبيا وأطفال العاديين فى الاكتئاب.٢- فروق بين اطفال لديهم فوبيا والعادين فى التوافق العام ببعديه.٣- توجد فروق بين اطفال لديهم فوبيا والعادين فى مفهوم الذات.٤- توجد فروق بين اطفال لديهم فوبيا فى التحصيل الدراسى.٥- لاتوجد فروق بين درجات ذكور والاناث من اطفال يعانون من فوبيا فى [الاكتئاب - التوافق العام - التحصيل - مفهوم الذات]. ٦- خاص بدراسة البنية الشخصية للطفل المعانى من فوبيا المدرسة وهو خاص بدينامية الطفل. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى: ١- ثبت صحة الفرض الأول عند مستوى ١٪ و ٥٪ على مقياس الاكتئاب لصالح اطفال لديهم فوبيا.٢- ثبت صحة الفرض الثانى عند مستوى

١٪ و٥٪ فى التوافق ببعديه الشخصى والاجتماعى ذكور وإناث لصالح العادين.٣- لاتوجد فروق بين أطفال (ذكور - كلية) الذين لديهم فوبيا وبين ذكور - كلية العادين فى مفهوم الذات.٤- ثبت صحة الفرض ٤ عند مستوى تحصل دراسى ١٪ وبين المعانين فوبيا والعادين لصالح العادين.٥- ثبت صحة الفرض الخامس بعدم وجود فروق بين الذكور والأناث الذين يعانون من الفوبيا [التوافق - الاكتئاب - التحصيل - الذات].٦- أ- اضطراب صورته نحو ذاته وسلبيته وتقديره المنخفض للذات.ب- اضطراب الصورة البيئة التى يعيش فيها الطفل د- اضطراب العلاقات الاسرية بعضهم وبين الطفل الفوبيارى.هـ- لديه مشاعر حزن كآبة فوق ميل للعدوان ضمنية وصريحة اتجاه الاسرة والمحيطين به.

زينب عبدالعزيز الدريني:

"العلاقات بين درجات متفاوتة للحرمان من الأب وكل من مركز التحكم والتوافق لدى عينة من الأطفال".

رسالة ماجستير - جامعة طنطا - كلية الآداب قسم علم النفس - ١٩٩٥.

[٥٢]

تهدف الدراسة إلى دراسة العلاقة بين الحرمان بدرجاته المتفاوته تدرجا من الحرمان المؤقت بالسفر إلى الحرمان المتقطع بالانفصال والحرمان الدائم بالوفاة وكل من مركز التحكم والتوافق لدى الأطفال الذكور فى مرحلة الطفولة المتأخرة. واجرى البحث على عينة من : مجموعتين من الأطفال :١- الجنس من الذكور.٢- السن فى مرحلة الطفولة المتأخرة (١١:١٢

سنه).٣- الاقامة فى كنف اسرهم الطبيعية وتم استبعاد الأطفال المقيمين فى المؤسسات الخاصة بالأطفال المحرومين أو جمعيات الأيتام.٤- المستوى الأقتصادى والاجتماعى الصفات الدنيا. ٥ - الذكاء تم استبعاد الأطفال الذين زادت او قلت عن المتوسط استخدم الباحث الأدوات الاتية :١- اختبار الذكاء المصور (احمد زكى صالح ١٩٧٢). ٢- اختبار الشخصية للأطفال وقد أعد الاختبار فى خمسة أجزاء ليتناسب الأعمار المختلفه من المرحلة الطفولة بالمدرسة الابتدائية ثم الاعدادية المتوسطة الثانوية النضج وكانت الفروض والتساؤلات هى :أولا: بالنسبة لمركز التحكم (لدى الأطفال الذكور يتباين درجات الحرمان من الأب والعينة الضابطة ثانياً: بالنسبة للتوافق تتباين درجات التوافق الأطفال الذكور بتباين درجات الحرمان من الأب والعينة الضابطة وحيث أن التوافق الشخصى والاجتماعى يتضمن ابعاد فإن الفروض الفرعية :١- الفروض الخاصة بالتوافق الشخصى. ٢- الفروض الخاصة بالتوافق الاجتماعي. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :١- التحقق من صحة الفرض العام استخدم اختبارين س٢ لها يتضح اختلاف عدد الأفراد على ابعاد مركز التحكم تبعا لتباين درجات الحرمان من الأب يشير إلى صحة الفرض العام. ٢- التحقق من صحة الفرض الفرعى .أول يوجد فرق دال فى الضبط الداخلى لصالح الأطفال المحرومون من الأب بناء على اختلاف درجات الحرمان. ٣- التحقق من الفرض الفرعى الثانى يوجد فرق دال فى الضبط يرجع لصالح الأطفال المحرومون من الأب بناء على اختلاف درجات الحرمان. ٤- الفرعى الثالث يوجد فروق دال فى

الضبط الذى يرجع لصالح الأطفال المحرومين والمجموعة الضابطة. ثانياً: الخاص بالتوافق ١- يوجد فرق دال فى التوافق الشخصى لصالح الأطفال المحرومين من الأب والعينة الضابطة. ٢- يوجد فرق دال فى التوافق لصالح الأطفال المحرومين والعينة الضابطه. ٣- يوجد فرق دال فى التوافق العام لصالح الأطفال المحرومين يرجع إلى درجة تباين الحرمان والعينة. ٤- يوجد فروق دالة احصائية فى اعتماد الطفل لصالح الأطفال المحرومين والعينة الضابطة. ٥- يوجد فروق دالة إحصائية فى إحساس الطفل بقيمته.

كريمة محمود حسن عوض:

"الضغوط النفسية وبعض سمات الشخصية لدى المدرسات العاملات وعلاقتهما بتحصيل تلاميذهن".

رسالة دكتوراة – كلية التربية – جامعة المنوفية – ١٩٩٥.

[٥٣]

يهدف البحث إلى:- تناول الضغوط النفسية لدى معلمات الحلقة الأولى من التعليم الأساسى وسمات الشخصية (الانبساط والانطواء) -القلق العدوانية، الدوجماتية، العصابية – الاتزان الانفعالى – وجهة الضبط – تأكيد الذات – الثقة بالنفس)، وعلاقتهما أى السمات الشخصية والضغوط النفسية بتحصيل التلاميذ. وأجرى البحث على عينة من:- شملت (١٠٠) معلمة من معلمات الصف الثالث من الحلقة الأولى من التعليم الاساسى وعينه عشوائية من تلاميذهن بلغت (٢٠٠٠) تلميذاً، وتلميذة بواقع (٢٠) تلميذ لكل معلمة.

واستخدمت الباحثة الأدوات الاتية:اقتضت طبيعة البحث ومتغيراته استخدام الأدوات الاتية١- قائمة القلق (كسمة) اعداد احمد عبدالخالق ١٩٨٤م. ٢- مقياس الضغوط النفسية إعداد الباحثة. ٣- مقياس العدوانية إعداد ممدوحة سلامة ١٩٨٨م. ٤- مقياس الدوجماتية اعداد عبدالعال عجوه ١٩٨٦م. ٥- مقياس وجهة النظر إعداد علاء الدين كفافى ١٩٨٢م. ٦- مقياس تأكيد الذات إعداد محمد الطيب ١٩٨١م. ٧- مقياس الثقة بالنفس إعداد عطية هنا وأخرون (١٩٧٣)م. ٨- قائمة ايزيك الشخصية إعداد جابر عبدالحميد، محمد فخر الإسلام (ب. ت). وكانت الفروض والتساؤلات كالتالى: أولاً:التساؤلات:١- هل يختلف التحصيل الدراسى لتلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسى الذين يقوم بالتدريس لهم معلمات لديهن ضغوط نفسية مرتفعة عن التحصيل الدراسى لتلاميذ يقوم بالتدريس لهم معلمات لديهن ضغوط مختلفة؟٢- هل يختلف التحصيل الدراسى لتلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسى الذين يقوم بالتدريس لهم معلمات لديهن درجات مرتفعة فى سمة شخصية ما عن التحصيل الدراسى لتلاميذ يقوم بالتدريس لهم معلمات لديهن درجات منخفضة فى هذه السمة؟ ٣- ما السمات الشخصية الاكثر ارتباطاً بالضغوط النفسية لدي المعلماتثانياً الفروض:- فى ضوء الاطار النظرى والبحوث والدراسات السابقة وضعت الباحثة الفروض الاتية. ١- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات ذوى الضغوط المرتفعة ودرجات تلاميذ المعلمات ذوى الضغوط المنخفضة فى التحصيل الدراسى. ٢- لاتوجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ

المعلمات ذوى القلق المرتفع وتلاميذ المعلمات ذوى القلق المنخفض فى التحصيل الدراسى. ٣- لاتوجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات ذوى العدوانية المرتفعة وبين تلاميذ المعلمات ذوى العدوانية المنخفضة فى التحصيل الدراسى. ٤- لاتوجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات الاكثر دوجماتية وبين تلاميذ المعلمات الاقل دوجماتية فى التحصيل الدراسى. ٥- لاتوجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات الاكثر دوجماتية وبين تلاميذ المعلمات المتزنات انفعالياً فى التحصيل الدراسى. ٦- لاتوجد دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات المنبسطات اجتماعياً وبين تلاميذ المعلمات المنطويات اجتماعياً فى التحصيل الدراسى. ٧- لاتوجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات ذوى وجهة الضبط الخارجى وبين تلاميذ المعلمات ذوى وجهة الضبط الداخلى فى التحصيل الدراسى. ٨- لاتوجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات مرتفعى تأكيد الذات وبين تلاميذ المعلمات منخفضى تأكيد الذات فى التحصيل الدراسى. ٩- لاتوجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات تلاميذ المعلمات منخفض الثقة بالنفس وبين تلاميذ المعلمات مرتفعى الثقة بالنفس فى التحصيل الدراسى . ١٠- تسهم سمات الشخصية بنسب اسهام مختلفة دالة احصائيا فى التباين المشترك للضغوط النفسية لدى افراد العينة. وكانت نتائج البحث:١- توجد فروق دالة احصائياً بين تلاميذ المعلمات ذوى الضغوط النفسية المرتفعة وتلاميذ المعلمات ذوى الضغوط النفسية المنخفضة من حيث

المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح معلمات التلاميذ ذوى الضغوط المنخفضة. ٢- توجد فروق دالة احصائيا بين تلاميذ المعلمات ذوى القلق المرتفع وتلاميذا لمعلمات ذوى القلق المنخفض من حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح معلمات التلاميذ ذوى القلق المنخفض. ٣- توجد فروق دالة احصائيا بين تلاميذ المعلمات ذوى العدوانية المرتفعة وتلاميذ المعلمات ذوى العدوانية المنخفضة بين حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح معلمات التلاميذ ذوى العدوانية المنخفضة. ٤- توجد فروق دالة احصائياً بين تلاميذ المعلمات ذوى الدوجماتية الاكثر وبين تلاميذ المعلمات ذوى الدوجماتية الاقل من حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح تلاميذ المعلمات الاقل دوجماتية. ٥- توجد فروق دالة احصائياً بين تلاميذالمعلمات العصابيات وبين تلاميذ المعلمات المتزنات انفعالياً من حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح المعلمات المتزنات انفعالياً. ٦- توجد فروق دالة احصائياً بين تلاميذ المعلمات المنبسطات اجتماعيا وتلاميذ المعلمات المنطويات اجتماعياً من حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح تلاميذ المعلمات المنبسطات اجتماعياً. ٧- توجد فروق دالة احصائياً بين تلاميذ المعلمات ذوى وجهة الضبط الخارجى وتلاميذ المعلمات ذوى وجهة الضبط الداخلى من حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون

عليهـ . ى التحصيل الدراسى لصالح تلاميذ المعلمـ ذوى وجهة الضبط الداخلى ٨ توجد فروق دالـة احصائيا بين تلاميذ المعلمات مرتفعى تأكيد الذات وتلاميذ المعلمات منخفضى تأكيد الذات من حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح تلاميذ المعلمات مرتفعى تأكيد الذات. ٩- توجد فروق دالـة احصائيا بين تلاميذ المعلمات مرتفعات الثقة بالنفس وتلاميذ المعلمات منخفضى الثقة بالنفس من حيث المتوسطات الحسابية للدرجات التى يحصلون عليها فى التحصيل الدراسى لصالح تلاميذ المعلمات مرتفعى الثقة بالنفس. ١٠- اسهمت بعض سمات الشخصية كالقلق - الانتباه - الانطواء والعدوانية فى التنبؤ بالضغوط النفسية فى حيث لم تثبت بعض السمات الاخرى مثل تأكيد الذات والثقة بالنفس وجهة الضبط والعصابية والاتزان الانفعالى والدوجماتية اهميتها فى هذا الشأن.

كلير أنور مسعود أسعد:

"دور البدائل فى اللعب الواقعى واللعب الرمزى لدى أطفال ما قبل المدرسة (فى ضوء نظرية بياجيه)".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات والبحوث التربوية - جامعة القاهرة - ١٩٩٥.

[٥٤]

ويهدف البحث إلى معرفة خصائص النمو المعرفى للطفل المصرى فى مرحلة ماقبل المدرسة وطبيعة تفكيره وذلك فى ضوء الدراسات الاجنبية السابقة وفى ضوء ماتوصلت اليه نظرية بياجيه كما يهدف إلى معرفة مدى

اهتمام الأطفال واستخدامهم لبدائل أدوات اللعب الواقعى واللعب الرمزى، وذلك لمعرفة مدى قرب الطفل للواقع وادراكه لهذا الواقع وأجرى البحث على عينة من ٦٠ طفلا وطفلة من مرحلة ماقبل المدرسة وتتراوح أعمارهم من ٣-٦ سنوات. إستخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١- اختبار جود انف هاريس لرسم الرجل تقنين فاطمة حنفى.٢- إستمارة تحديد المستوى الإقتصادى الإجتماعى "إعداد الباحثة".٣- أداة قياس اللعب الواقعى - أداة قياس اللعب الرمزى الباحثة.وكانت الفروض والتساؤلات هى:١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تكرارات الأطفال الذكور والاطفال الاناث فى اختيارتهم للبدائل المختلفة فى كل من اللعب الواقعى واللعب الرمزى لصالح الأطفال الذكور.٢- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين تكرارات الأطفال واختيارهم للبدائل المختلفة فى كل من اللعب الواقعى واللعب الرمزى لصالح العمر الاكبر.٣- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين تكرارت الأطفال فى المستوى الاقتصادى الاجتماعى المرتفع والمنخفض عند اختياراتهم للبدائل فى كل من اللعب الواقعى واللعب الرمزى لصالح المستوى الاقتصادى الاجتماعى العالى.٤- توجد فروق ذات دلالة احصائية عند تكرار اختيارات الأطفال للبديل القياسى فى كل من اللعب الواقعى والرمزى لصالح اللعب الواقعى.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين تكرارات الأطفال فى اختيارتهم للبدائل فى المرحلة العمرية المختلفة فى كل من اللعب الواقعى واللعب الرمزى.٢- لاتوجد فروق ذات دلالة احصائيا بين الذكور والاناث فى اختيارتهم لبدائل اللعب الواقعى

واللعب الرمزى.٣- لاتوجد فروق دات دلالة احصائية بين تكرارات الأطفال من ذوى المستوى الاقتصادى الاجتماعى المرتفع والمنخفض وذلك فى اختياراتهم للبدائل فى كل من اللعب الواقعى واللعب الرمزى.٤- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين تكرارات الأطفال فى اختياراتهم للبديل لقياسى فى كل من اللعب الواقعى واللعب الرمزى لصالح اللعب الواقعى

لبنى اسماعيل أحمد الطحان:

"تقدير الذات وعلاقته ببعض المخاوف لدى الطفل الأصم".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس ١٩٩٥

[٥٥]

ويهدف البحث إلى: معرفة أثر الأعاقة السمعية على نمو الطفل النفسى وعلى نمو مفهوم الذات من خلال القاء الضوء على بعض العوامل المؤثرة فى تكوين تقدير الذات لدى الطفل.أجرى البحث على عينة من :١- الأطفال الصم عددهم (٤٥) طفلاً من الذكور، تم اختيارهم من مدرسة الأمل بالعباسية للصم.٢- الأطفال لايعانون من ضعف السمع عددهم ٦٤ طفلا من الذكور من مدرسة الزعفران بالعباسية.إستخدمت الباحثة الأدوات الآتية :١- مقياس تقدير الذات.٢- مقياس تقدير الذات الأكاديمى (إعداد / ليلى عبدالحميد).٣- مقياس المخاوف المرضية للأطفال.٤- اختبار رسم الرجل.وكانت الفروض والتساؤلات :١- توجد فروق دالة إحصائيا بين

الذكور الصم والذكور عادى السمع فى تقدير الذات.٢- توجد فروق دالة إحصائيا بين الأطفال الذكور الصم والأطفال عادى السمع فى وجود بعض المخاوف.٣- يوجد ارتباط دال إحصائياً بين تقدير الذات وبعض المخاوف لدى الطفل الأصم.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :١- وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال الذكور الصم والأطفال الذكور عادى السمع فى تقدير الذات عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح الأطفال عادى السمع.٢- وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذكور الصم والأطفال الذكور عادى السمع فى وجود بعض المخاوف عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) لصالح الأطفال الصم.٣- هناك ارتباط دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين تقديرات الذات والمخاوف لدى الأطفال عادى السمع.ان الأطفال الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع يحصلون على درجات منخفضة فى اختبار المخاوف اما الأطفال الذين لديهم تقدير ذات منخفض يحصلون على درجات مرتفعة على اختبار المخاوف حيث أظهرت النتائج ان هناك ارتباط دالا إحصائيا يشير إلى وجود علاقة بين تقديرات الذات والمخاوف لديهم.

محمد عبدالمطلب جاد:

"علاقة بعض التغيرات النفسية بفصائل الدم".

رسالة دكتوراة - كلية التربية - جامعة المنصورة - ١٩٩٥.

[٥٦]

ويهدف البحث إلى:-١- الكشف عن طبيعه الفروق بين فصائل الدم A. B. O فى قدرات التفكير الابتكارى والسمات المرتبطة بـه سلبياً أو ايجابياً. ٢- الوصول إلى مؤشرات تنبؤية بالاداء على مقاييس هذه المتغيرات التابعه من فصائل الدم. ٣- تقديم المقترحات والتوصيات المبنية على نتائج الدراسة. وأجرى البحث على عينه من:- تلاميذ الصف الرابع من الحلقة الأولى من التعليم الاساسى لتمثل مرحلة الطفولة المتأخرة ومن بين طلاب الصف الثانى الاعدادى لتمثل مرحلة المراهقة المبكرة ومن بين طلاب الصف الثانى الثانوى لتمثل مرحلة المراهقة المتأخرة وتبلغ العينة الكلية ٣٠٥ بواقع ١٠٠،١٠٠،١٠٥. وأستخدم الباحث الادوات التالية:-١- اختبار تورانس المصور للتفكير الابتكارى الصورة ب بن لقياس مكونات الابتكار الطلاقة - المرونة - الاصالة والدرجة الكلية له. ٢- اختبار الذكاء غير اللفظى اعداد عطية هنا ٣- قائمة الشخصية الملاحظ إعداد الباحث. ٤- اختبار فصائل الدم لتحديدها لدى افراد العينه. وكانت الفروض والتساؤلات هى:-١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعات البحث الاربع وعشرين اذا ماتم تقسيمها طبقاً لفصائل الدم (A, B, AB, O) والجنس (ذكور - إناث) - والنمو - (ابتدائى ، اعدادى - ثانوى) والذكاء (اختبار الذكاء غير اللفظى اعداد عطية هنا). ٢- يوجد تأثير دال احصائياً للتفاعل فصائل الدم والجنس والنمو على درجات الذكاء. ٣- توجد فروق دالة احصائيا بين مجموعات البحث فى الابتكار (طلاقة مرونة اصالة درجة كلية). ٤-يوجد تأثير دال إحصائياً للتفاعل بين فصائل الدم، الجنس، والنمو

وعلى الابتكار وكذلك سمات الشخصية. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث:-١-فروق دالة احصائياً بين الجنسين فى الطلاقة ، التقلب الوجدانى - الشعور بالاثم والخيال - قوة الانا والانا الاعلى- والخيال - الشعور بالاثم - التوتر لصالح الاناث - المخاطرة والفردية والسيطرة والتحمس - والتبصر والاكتفاء الذاتى - قوة التحكم فى النفس لصالح الذكور. ٢- توجد فروق دالة احصائيا بين المراحل العمرية فى الذكاء والطلاقة والمرونة والاصالة والدرجة الكلية (الابتكار) والسيطرة وقوة الانا الاعلى والاكتفاء الذاتى وقوة التحكم فى التقبل لصالح المرحلة الاعلى ثلاثه ثانوى). ٣- توجد فروق دالة احصائيا بين مجموعات فصائل الدم فى العوامل المقاسة الأربع والعشرين. ٤- وجود تفاعل دال احصائياً بين النمو والجنس والقابلية للاستفادة والتحمس وحيوية الضمير والخيال والتبصر.

محمد محمد سعيد عبدالله:

"العقاب البدنى وأنماط الضبط الوالدى وعلاقتها بالخصائص النفسية للابناء من الأطفال والمراهقين.

رسالة دكتوراة - كلية الاداب - جامعة الزقازيق - ١٩٩٥.

[٥٧]

ويهدف البحث إلى:- تحديد ما إذا كان العقاب البدنى الذى يوقعه الوالدان له علاقه بالخصائص النفسية السلبية للأبناء مثل العدوان العداء، التقدير السلبى للذات، الاعتمادية، نقص الكفاية ، نقص الثبات الانفعالى، نقص التجاوب الانفعالى، والنظرة السلبية للحياة وما إذا كان الضبط العدائى غير

المتسق للابوين يسهم فى هذه العلاقة السابقة. وأجرى البحث على عينه من:- عينه الأطفال الذكور ١٩٧ طفل وطفله بالصف الاول الاعدادى. عينه الأطفال الاناث ٩٧ طفله بالصف الاول الاعدادى. وعينه اخرى من المراهقين والمراهقات. وإستخدم الباحث الاتية:-• إستبيان نمط الوالدية (إعداد ممدوحة محمد سلامة). •استبيان تقدير الشخصية للكبار (اعداد رونر). ترجمة ممدوحة سلامة. • إستبيان تقدير الشخصية للصغار لرونالد ب- رونر) ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة". •إستبيان العقاب البدنى الوالدى (إعداد الباحث). وكانت الفروض والتساؤلات هى:- •توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات مجموعة من الأطفال الذكور والاناث فى ادراكهم لكل من العقاب البدنى من قبل الأم، والاب ونقص الدفء والضبط الوالدى. • توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات ادراك العقاب البدنى من قبل الاب ومتسوط درجات ادراك العقلية البدنى ومن قبل الام لدى كل من الأطفال والمراهقين. • ترتبط درجات ادراك الأطفال لكل من القبول والعداء للعقاب البدنى من قبل الاب والام بدرجاتهم فى كل من الخصائص النفسية السلبية السابق ذكرها. • تزداد درجات الخصائص النفسية السلبية للأطفال بفعل التأثير العقاب البدنى الوالدة والبط العدائى غير المنسق والعقابا لبدنيا لوالدى ونقص الدفء. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث:-• وجدت فروق دالة احصائيا بين الجنسين فى ادراكهم للعقاب البدنى من قبل الام لصالح البنات ولاتوجد فروق فى ادراكهم للعقاب البدنى من قبل الاب الاب . • وجدت فروق دالة احصائيا بين الجنسين فى ادراكهم للعقاب البدنى

من قبل الاب لصالح الذكور. • لم توجد فروق بين الجنسين فى ادراكهم للضبط الوالدى وفى ادراكهم للضبط العدائى غير المنسق ولكن وجدت فروق بين المراهقين والاطفال وكانت الفروق لصالح الاطفال. • وجدت فروق دالة احصائيا بين الجنسين فى ادراكهم لنقص الدفء والفروق كانت لصالح الاناث وجدت فروق دالة احصائيا بينالجنسين فى ادراكهم للعقاب من قبل الام ومن قبل الاب للاطفال الذكور كانت الام أكثر عقابا من الاب وبالنسبة للاناث لم توجد فروق . • وجدت علاقة ارتباطية بين العقاب البدنى من قبل الام والاب والقبول والضوابط الوالدية والخصائص النفسية السلبية للابناء. • وجدت علاقة ارتباطية دالة مباشرة بين درجات العقاب البدنى الوالدى وبعض درجات الخصائص النفسية السلبية وذلك بعد التحكم الاحصائى فى درجات الضبط العدائى غير المنسق ونقص الدفء.

محمد محمود محمد محمد:

"مدى فاعلية برنامج إرشادى فى خفض مستوى بعض المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الاولى من التعليم الاساسى".

رسالة دكتوراة - كلية التربية - جامعة الزقازيق - ١٩٩٥.

[٥٨]

ويهدف البحث إلى:-• التعرف على أهم المخاوف الشائعه لدى التلاميذ. • التعرف على الفروق بين الجنسين فى المخاوف الشائعه. • التعرف على الفروق بين تلاميذ مدارس الريف والحضر واللغات فى

المخاوف الشائعه. • اعداد برنامج إرشادى لخفض المخاوف المرضية من الظلام لدى افراد العينه. • التعرف على مدى فعاليه التحصيل التدريجى فى الواقع فى خفض مستوى المخاوف المرضية من الظلام لدى العينه. وأجرى البحث على عينه من:- ١٥٠٩ طفلاً من تلاميذ بعض مدارس الحلقة الاولى بمحافظة الشرقية من الجنسين فى مدارس الريف والحضر واللغات وتكونت عينه الدراسة التجريبية من ٣٠ طفلاً منهم ١٥ بنين، ١٥ بنات من مدرسة قصاصين الازهار الابتدائية متوسط العمر ٩ سنوات. واستخدم الباحث الادوات الاتية:-• مقياس المخاوف الفوبيا للاطفال اعداد عبدالظاهر الطيب. • مقياس المخاوف المرضية من الظلام إعداد عبدالرحمن سليمان. • مقياس تيلور ترجمة مصطفى فهمى ، محمد غالى. • البرنامج الارشادى إعداد الباحث. وكانت الفروض والتساؤلات:-• توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين فى المخاوف الشائعه لصالح البنات. • توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال مدارس الريف والحضر واللغات فى المخاوف المرضية فى الظلام لصالح مدارس الريف. • توجد فروق ذات دلالة احصائية لدى افراد العينة التجريبية بين القياس القبلى والبعدى فى المخاوف لصالح القياس القبلى أى قبل تطبيق البرنامج. • لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين ا لجنسين فى العينة التجريبية فى القياس البعدى فى المخاوف المرضية فى الظلام. • توجد فروق ذات دلالة احصائية لدى افراد العينة التجريبية بين القياس القبلى والبعدى فى مستوى القلق لصالح القياس القبلى. وكانت النتائج التى تواصل اليها البحث:- توصلت الدراسة المسحية أن اكثر خمس

مخاوف انتشارا هى الاحساس بالرعب من الاماكن المظلمة - الخوف من الاماكن المرتفعه - الاصابة بالامراض - الاماكن المزدحمة - الاماكن الضيقة. • توجد فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلى والبعدى فى كل من الخوف من الوجود فى الاماكن المظلمة وسوء التكيف مع الظلام. • لاتوجد فروق بين الجنسين فى القياس البعدى فى كل من الخوف من مكان مظلم وتوجد فروق دالة بين مجموعة البنين والبنات فى بعد العجز عن مواجهة الظلام لصالح البنات. • توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى افراد العينة التجريبية من الجنسين بين القياس القبلى والقياس البعدى فى مستوى القلق لصالح القياس القبلى.

ناهد فهمى على حطيبة: -

"التوافق النفسى للطفل الكفيف فى ظروف بيئية مختلفة من خلال اقامته الداخلية والخارجية".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات والبحوث التربوية - جامعه القاهرة - ١٩٩٥.

[٥٩]

ويهدف البحث إلى :- دراسة التوافق النفسى للطفل الكفيف فى متغير الاقامة الداخلية (داخل المؤسسة) والاقامة الخارجية(مع الاسرة) وما تؤدى اليه كل منهما إلى تحقيق توافق افضل للأطفال المكفوفين على المستويين الشخصى والاجتماعى.واجرى البحث علىعينه من :- ٨٠ طفلاً كفيفاً من

الجنسين والمقيدين بالصفوف الاولى والثالث الابتدائى بمدارس المكفوفين بالقاهرة والجيزة وممن تقع اعمارهم الزمنية فى الفئةالعمرية من ٦-٩ سنوات والخالية من أى إعاقة اخرى عدا كف البصر هذا وتقسم العينه لمجموعتين مجموعة الاقامة الداخلية (٤٠ طفلاً وطفله من المكفوفين)، ومجموعة الاقامة الخارجية (٤٠ طفلاً وطفله من المكفوفين). وأستخدمت الباحثة الأدوات الآتية : ١- إستمارة البيانات الشخصية والاجتماعية (إعداد الباحثة).٢- مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الأطفال الجزء اللفظى إعداد محمد عماد الدين اسماعيل، لويس كامل ١٩٨٣.٣- مقياس الشخصية للاطفال إعداد عطية محمود ١٩٦٥وكانت الفروض والتساؤلات :

١- لاتوجد فروق دالة احصائياً لمتغير نوع الاقامة (داخلية - خارجية) فى متوسط درجات الاطفال على اختبار الشخصية للتوافق الشخصى. ٢- لاتوجد فروق دالة احصائيا لمتغير الجنس (ذكور- اناث) فى متوسط درجات الاطفال عى اختبار الشخصية للتوافق الشخصى. ٣- لاتوجد فروق دالة احصائيا ترجع لمتغير التفاعل بين كل من متغير نوع الاقامة، ومتغير الجنس وذلك فى درجات الاطفال على إختبار الشخصية للتوافق الشخصى. ٤- لاتوجد فروق دالة احصائيا ترجع لمتغير نوع الاقامة (داخلية - خارجية) فى متوسط درجات الإطفال على اختبار الشخصية للتوافق الاجتماعي. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث:-١-عدم وجود فروق دالة احصائياً ترجع لمتغير نوع الاقامة (داخلية - خارجية) فى متوسط درجات الاطفال علىاختبار الشخصية للتوافق الشخصى.٢- عدم وجود فروق دالة احصائيا ترجع لمتغير

التفاعل بين كل من متغير نوع الاقامة ومتغير الجنس وذلك فى درجات الاطفال على اختبار الشخصية للتوافق الشخصى.٣- عدم وجود فروق دالة احصائيا لمتغير الجنس (ذكور - إناث) فى متوسط درجات الاطفال على اختبار الشخصية للتوافق الشخصى.٤- عدم وجود فروق دالة احصائيا ترجع لمتغير نوع الاقامة (داخلية - خارجية) فى متوسط درجات الاطفال على اختبار الشخصية للتوافق الاجتماعى.

نشأت نجيب بنيامين غالى:

"التقييم النفسى لأطفال الملجأ والقائمين على رعايتهم".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس ١٩٩٥.

[٦٠]

ويهدف البحث إلى :١- التعرف على الخصائص النفسية لأطفال الملجأ وتقييم الأضطرابات النفسية التى يعانون منها.٢- مقارنه الحالة الأكاديمية لأطفال الملجأ بالأطفال زملائهم بالدراسة ٣- التعرف على رأى الأطفال فى الملجأ بالنسبة للمشرفات القائمات على رعايتهم.**أجرى البحث على عينة من** :أطفال المجأ فى كلا الجنسين فى مرحلة عمرية من ٦-١٤ سنة ٣٠ طفلاً من الملجأ بنمط الأسرة و٣٠ طفلاً من الملجأ بنمط كلاسيكى و٣٠ طفلاً من زملاء الدراسة بالفصل كمجموعة ضابطة كما تضمنت الدراسة مشرفات الرعاية وأمهات هؤلاء الأطفال.**إستخدمت الباحثة الأدوات الآتية** :١-أجريت مقابلة نفسية لكل طفل وتم تشخيصه حسب خصائص الدليل

التشخيصى والأحصائى للأضطرابات العقلية ٢- تم تطبيق استبيان عن وصف مشرفات الرعاية او الأمهات إعداد (المحلاوى - سيف الدولة ١٩٩٢)٣- اختبار مفهوم الذات (الأشول ١٩٩١).٤- استبيان الحالة الاكاديمية إعداد (عبد الباقى وآخرين ١٩٩١) وكانت الفروض والتساؤلات :١- لايوجد فروق ذو دلالة مابين أطفال الملاجئ ذات نمط الأسرة والنمط الكلاسيكى بالنسبة للحالة الأكاديمية. ٢- يوجد فروق ذو دلالة إحصائية بين الأطفال مجهولى النسب فى الملاجئ وبين العينة الضابطة بالنسبة لمفهوم الذات الشامل. ٣- يوجد فروق ذو دلالة إحصائية بين الأطفال فى الملاجئ وبين العينة الضابطة بالنسبة لوصف المشرفات.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث : ١ لايوجد فرق ذو دلالة ما بين الملاجئ ذات نمط الأسرة والنمط الكلاسيكى بالنسبة لانتشار الأضطرابات النفسية. ٢- هناك فرق ذو دلالة مافى الحالة الأكاديمية بين مجهولى النسب فى الملاجئ والعينة الضابطة حيث أن مجهولى النسب كانوا أكثر انتشاراً على الحالات الأكاديمية المتوسطة أو الأقل من المتوسطة. ٣- هناك فرق ذو دلالة بين الأطفال مجهولى النسب فى الملاجئ من الذكور والأناث وبين العينة الضابطة بالنسبة لوصف المشرفات حيث أن مجهولى النسب كانوا أكثر وصفاً للمشرفات كسلبيات وعدوانيات. ٤- لم تستدل الدراسة على اضطرابات نفسية أو جسمانية فيما بين مشرفات الرعاية. ٥- لايوجد فرق فى مفهوم الذات الشامل بين الأطفال مجهولى النسب فى الملاجئ وبين العينة الضابطة.

جمال السيد مصطفى:

"بعض الامراض السيكوسوماتية دراسة اكلينيكية تشخيصية".

رسالة دكتوراة - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٦.

[٦١]

وتهدف الدراسة إلى:- ١- محاولة التوصل إلى العلامات المرضية للحالات السيكوسوماتية كما يكشف عنها اختباري تفهم الموضوع والروشاخ. ٢- محاولة التحقق من مدى فاعلية كل من اختباري تفهم الموضوع والروشاخ فى تشخيص بعض الأمراض السيكوسوماتية. ٣- مقارنة العلاقات المرضية للحالات السيكوسوماتية على كل من اختباري تفهم الموضوع والروشاخ. ٤- محاولة للكشف عن امكانية تشخيص بعض الامراض السيكوسوماتية والتنبؤ بها إستناداً لبناء شخصية المصاب نفسه. **وأجرى البحث عل عينه من:-** عشرة حالات خمسة من مرضى الربو الشعبى السيكوسوماتى وخمسة من الأسوياء تتراوح أعمارهم مابين ٦-١٧ سنة. **وقد إستخدم الباحث الادوات الاتية:-** ١- إستمارة جمع البيانات. ٢- دليل المستوى الاجتماعى الاقتصادى. ٣- اختبار الذكاء المصور. ٤- قائمة كورنل للصحة النفسية. ٥- اختبار P. M. M. ٦- إستمارة المقابلة الشخصية. ٧- أختبار تفهم الموضوع والتات ٨- اختبار الروشاخ. **وكانت الفروض والتساؤلات هى:** ١- توجد عدة علامات مرضية للحالات السيكوسوماتية يكشف عنها اختباري تفهم الموضوع والروشاخ. ٢- تكميل

اختبار تفهم الموضوع واختبار الروشاخ فى تشخيص بعض الامراض السيكوسوماتية. ٣- توجد بعض البطاقات فى كل من اختبارى تفهم الموضوع والروشاخ ذات قدرة فائقة عن غيرها فى الكشف عن العلامات المرضية لبعض الامراض السيكوسوماتية. وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى: ١-توجد عدة علامات مرضية للمحاولات السيكوسوماتية يكشف عنها اختبارى التات والروشاخ وتتمثل هذه العلامات فى. ١- فقدان العلاقة بالموضوع. ٢- المشاعر العدوانية تجاه الاخرين. خاصة الاب. ٣- التثبيت الشديد على الأم. ٤- الحاجة إلى الحب والدفء والعاطفة. ٥- النزوع إلى الانتماء الداخلى. ٦- الانشغال التام بالجسم وتوهم المرض. ٧- تبدو مشاعر القلق والخوف وفقدان الأمن النفسى. ٨- النكوص إلى المراحل الاولى فى الحياة. ٩- صعوبة إقامة علاقات سوية مع الاخرين. ١٠- انخفاض القدرة على الضبط من جانب الانا.

خالد عبدالرازق السيد:

"الذات والموضوع فى لعب الأطفال المكفوفين".

رسالة دكتوراة - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٩٦.

[١٢]

ويهدف البحث إلى: تهدف الدراسة إلى محاولة التعرف على الفروق الكمية والكيفية بين لعب الأطفال المكفوفين ولعب الأطفال المبصرين وكذلك التعرف على خصائص صورة الذات وصور الموضوع لدى الأطفال

المكفوفين ودور الرعاية الوالدية فى تشكيل هذه الصور والخصائص للذات والموضوع. وأجرى البحث على عينة من:تكونت عينة الدراسة من ٢٠ طفلاً من الأطفال فى المرحلة العمرية من ٣-٦ سنوات مقسمين على النحو التالى:١- المجموعة الأولى: هى مجموعة الأطفال المكفوفين وتكونت من ١٠ أطفال (٦ ذكور- ٤ اناث) ومصابين بكف بصر كلى ولادى وملتحقين بروضة. ٢- المجموعة الثانية: هى مجموعة الأطفال المبصرين وتكونت من ١٠ أطفال (٦ ذكور- ٤ اناث) ملتحقين بالروضة. وأستخدم الباحث الأدوات الآتية:١- مجموعة من أدوات اللعب المختلفة قام الباحث بتجهيزها. ٢- قائمة ملاحظة انشطة اللعب والتى قام الباحث باعدادها. ٣- استمارة دارسة الحالة للطفل الكفيف والتى قام الباحث باعدادها. . وكانت فروض الدراسة:١- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين لعب الأطفال المكفوفين ولعب الأطفال المبصرين وذلك وفقا لنتائج قائمة ملاحظة انشطة اللعب. ٢- هناك اختلافات كيفية بين محتوى لعب الأطفال المكفوفين ومحتوى لعب الأطفال المبصرين وذلك وفقاً لنتائج قائمة ملاحظة انشطة اللعب. ٣- هناك اضطراب فى صورة الذات وصور الموضوع كما تظهر فى انشطة اللعب لدى الأطفال المكفوفين وذلك وفقاً لنتائج قائمة ملاحظة انشطة اللعب ودراسة الحالة. وكانت النتائج:١- اشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين لعب الأطفال المكفوفين ولعب الأطفال المبصرين وذلك بالنسبة للأستجابات الحركية فى اللعب والأستجابات الإجتماعية الخاصة باللعب الجماعى اما الإستجابات الأنفعالية السلبية فى اللعب فجاءت الفروق لصالح

الأطفال المكفوفين بينما اشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للعب الفردى والأستجابات الأنفعالية الإيجابية. ٢- اشارت نتائج تحليل محتوى لعب الأطفال المكفوفين ولعب الأطفال المبصرين إلى وجود اختلافات شديدة بين المجموعتين بحيث تميز لعب الأطفال المكفوفين بالأستغراق فى الأنشطة الحركية التكرارية (اللعب التكرارى) كالأهتزاز والتقز والدوران حول الجسم كما تميز بأنه لعب فردى خالى من أى انشطة جماعية أو تعاونية كما أنه جاء خالى من أى عمليات توحد أو لعب أدوار أو تقليد أو الأحيائية وخالى من الرموز ولا يؤدى إلى اقامة العلاقات الإجتماعية أو التواصل مع الأخرين، حيث أن لعب الأطفال المكفوفين لم يتجاوز حدود اجسامهم، بينما تميز لعب الأطفال المبصرين بالثراء الشديد والتنوع حيث تضمن القدرة على لعب الأدوار والتوحد والتقليد واستعمال الرمز والأحيائية والقدرة المطلقة واللغة القادرة على اقامة العلاقات والتواصل الاجتماعى. ٣- تميزت صورة الذات بالسلبية والأنسحاب والعزلة والأنطواء والأستغراق فى حركات تكرارية قهرية، كذلك تميزت صورة الذات بالعجز عن المشاركة فى انشطة اللعب فكان مرتبطا وملتصقاً بمرحلة نمائية مبكرة وتكرارى وغير متنوع وفقير فى محتواه كما نجد أن صور الموضوع لم تكن متمايزة فكل الأشياء متماثلة ولايصبح الموضوع موضوعاً إلابقدرته على استثارة احاسيس جسمية، كما اشارت النتائج إلى خلو اللعب من أى اشارة إلى قدرة الأطفال المكفوفين على ادراك الفروق التشريحية أو تمثيل للدور الجنسى، كشفت

الدراسة على أهمية الرعاية الوالدية فى تشكيل صورة الذات وصور الموضوع كما ظهرت فى دراسة الحالة.

سامية حسن صبحى أحمد:

"التغيرات السيكولوجية عند الأطفال المصريين الذين يعانون من اضطراب الغدد الصماء".

رسالة دكتوراة – معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس – ١٩٩٦م.

[٦٣]

ويهدف البحث إلى:- تحديد مدى إضطراب النواحى النفسية بين مجموعه من الأطفال المصريين الذين يعانون من بعض أمراض اضطراب الغدد الصماء وهم . ١- نقص هرمون النمو. ٢- نقص افراز الغدة الدرقية الوراثى. ٣- مرض السكر. ٤-السمنة. ٥- تأخر البلوغ. ٦- تحديد أى الابعاد النفسية الموروثه تتأثر أكثر فى كل من أمراض الغدد الصماء. اجرى البحث على عينة من:- ١٠٠ طفل ٣٠ يعانون من نقص هرمون النمو ٣٠ يعانون من نقص افراز الغدة الدرقية الوراثى ٢٠ يعانون من السكر ١٠ يعانون من السمنه ١٠يعانون من تأخر البلوغ من الإناث فقط. المجموعه الثانية مقارنتهم بـ ٢٥ طفل صحيح كعينه مقارنة. إستخدم الباحث الأدوات الآتية:- اختبارى مستوى الذكاء اختبار وكسلر لقياس ذكاء الأطفال

الاختبارات النفسية المستخدمة. ١- مقياس مفهوم الذات للدكتور عادل الاشول لقياس البعد العقلي، البعد الجسمي - البعد الاجتماعي ومستوى القلق.
٢- اختبار ايزنك للشخصية لقياس ابعاد الشخصية وهي الاستعداد للذهاب - الاستعداد للعصاب - الانبساطية - الكذب. وكانت النتائج التي توصل اليها البحث: ١- لاتوجد فروق جوهرية بين الذكور والاناث في جميع المجاميع في مستوى الذكاء. • مفهوم الذات والابعاد والنفسية لاختبار ايزنيك فيما عدا بعد الاستعداد للعصاب حيث كانت هناك فروق جوهرية بين الذكور والاناث حيث كانت النسبة عاليه للذكور عن الإناث في مجموعه نقص افراز هرمون الغدة الدرقية الوراثي. ٢- مقارنة المجموعتين السنتين مجموعه ما قبل البلوغ ومجموعه سن البلوغ لمرضى نقص افراز هرمون النمو من الذكور والاناث كل على حدة وجد أن البعد الجسمي وكذلك بعد القلق للذكور مجموعه سن البلوغ نقل جوهريا بالمقارنة بمجموعه ما قبل البلوغ اما في الإناث فقد وجد أن بعد الاستعداد للعصاب في اخبار ايزنك زاد زيادة جوهرية في مجموعه سن البلوغ عن مجموعه ما قبل البلوغ. ٣- بمقارنة مستوى الذكاء لجميع المجموعات المرضى الصحيحة وجد أن المرضى الذين يعانون من نقص افراز هرمون الغدة الدرقية الوراثي هم أكثر المجاميع تأثرا من حيث انخفاض مستوى الذكاء (وكسلر) بجميع ابعاده اللفظي والعمل مع وجود فروق جوهرية بالمقارنة مع مجموعه المقارنة الصحيحة وبالمقارنة مع جميع المجموعات المرضية الاخرى.

سهير ابراهيم عبده ميهوب:

"تنمية بعض المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال المتأخرين عقلياً".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٦.

[٦٤]

وتهدف الدراسة إلى :١- تنمية بعض المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال المتاخرين عقليا وتتمثل فى المهارات الاتية / مهارة مساعدة الأخرين والنشاط التعاونى - مهارة اتباع القواعد والتعليمات - مهارة انشطه اللعب - مهارة تكوين صداقات.٢- تحقيق التواصل والترابط مع غيره من البحوث.واجرى البحث على عينة من :طبق البحث على عينة من ثمانية أطفال متأخرين عقليا ٤ ذكور ٤ إناث العينة فى الصفوف الدراسية من أولى تهيئة (وحتى الصف الرابع بمدرسة التربية الفكرية بالفيوم.وقد استخدم الباحث الأدوات الآتية :١- استمارة بيانات اجتماعية أعداد الباحثة.٢- مقياس استانفورد بينيه للذكاء.٣- مقياس القاهرة للسلوك التكيفى.٤- أسلوب التعلم الاجتماعى بالنموذج لجوليان/ بى روتر .٥- الملاحظة العلمية.وكانت الفروض والتساؤلات هى :فرض عام مؤداه يتوقع زيادة المهارات الإجتماعية لدى الأطفال المتأخرين عقلياً بعد تعرضهم لنموذج اجتماعى وهذه المهارات على النحو التالى. يتوقع زيادة مهارة مساعدة الأخرون والنشاط التعاونى، واتباع القواعد والتعليمات ، وانشطة اللعب، وتكوين صداقات وذلك

بعد تعرضهم لنموذج اجتماعي.وكانت النتائج التي توصل اليها البحث هي :امكن اكساب الأطفال المتأخرين عقليا بعض المهارات الإجتماعية حيث اثبت النتائج لصالح التطبيق البعدي الذي اكد فاعلية التدريب الذي تعرضت له المجموعة التجريبية.

سيد أحمد مصطفى درغام:

"دراسة لبعض المشكلات النفسية للأطفال "دراسة مقارنة".
رسالة دكتوراة – معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس – ١٩٩٦.

[٦٥]

وتهدف الدراسة إلى:–١– تحقيق الاجابة على تساؤلات الدراسة من خلال المنهج العلمي. ٢– تحديد بعض المشكلات النفسية التي يعاني منها الأطفال وحجم انتشارها والعوامل المسببة لها بالمقارنة بين بعض محافظات مصر. ٣– الاتجاه لوضع اسس تربوية تتلائم مع طبيعة المشكلات النفسية من خلال تقويم نفسي يتمشى مع المبادىء التربوية الحديثه. ٤– مساعدة الأباء والقائمين على رعاية الطفل في فهم طبيعة المشكلات. **واجرى البحث على عينه:**– عشوائية منظمة من المدارس الحكومية بمحافظة القاهرة – القليوبية – سوهاج ١٩٧٥ طفلاً من الجنسين تتراوح أعمارهم بين (٧–١١) سنة. **وإستخدم الباحث الادوات الاتية:**– قائمة المشكلات النفسية للأطفال (اعداد جوزال عبد الرحيم). **وكانت الفروض والتساؤلات** أ– توجد فروق

ذات دلالة إحصائية بين الأطفال من محافظتي القاهرة – القليوبية لمدى انتشار بعض المشكلات النفسية. ب- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال محافظتي سوهاج/ القاهرة لمدى انتشار بعض المشكلات النفسية. جـ- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال محافظتي القاهرة – القليوبية. الفرض الثاني:- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذكور والاناث في بعض المحافظات في مصر لمدى انتشار بعض المشكلات النفسية. الفرض الثالث:- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال التجمعات الزراعية والتجمعات الصناعية في بعض محافظات مصر لمدى انتشار بعض المشكلات النفسية. وكانت النتائج التي توصل اليها البحث:- لقد تناولت تلك الدراسة بعض المشكلات النفسية للأطفال ومدى انتشارها في المحافظات التي تناولتها الدراسة وبيان العلاقة بين الجهات التي اجريت الدراسة فيها وحجم تلك المشكلات. ١- القاء الضوء من خلال نتائج الدراسة الحالية عن المشكلات التي تتواجد لدى الذكور والمشكلات التي تتواجد عند الإناث والتي أوضحت أن المشكلات النفسية تنتشر بين الذكور أكثر من الإناث في محافظات مصر (القاهرة – القليوبية – سوهاج ٢- بينت الدراسة من خلال وجود ظاهرة الثأر بمحافظة سوهاج كضمن المحافظات التي تنتشر بها تلك الظاهرة في ظهور مشكلات أقل بكثير من المتوقع وتتمثل في مشكلة العدوان. ٣- من خلال تلك الدارسة ونتائجها بين المحافظة التي تكثر بها المشكلات النفسية وطبيعة انتشارها في تلك المنطقة وهي محافظة القاهرة بنسبة إلى التحضر والتطور التكنولوجي والتغيرات الاقتصادية التي طرأت حديثاً وكذلك

أساليب التنشئة ودور المدرسة فى التربية، كل تلك النقاط لها الأثر فى ظهور المشكلات النفسية عند الأطفال.

شريف امين السعيد عزام:

"مفهوم الذات لدى الأطفال متأخرى النمو اللغوى".

رسالة ماجستير – معهد الدراسات العليا للطفولة – جامعة عين شمس – ١٩٩٦.

[٦٦]

وتهدف الدراسة إلى :١- محاولة الكشف عن العلاقة بين التأخر اللغوى وفكرة الطفل عن نفسه ومفهومه عن ذاته.٢- محاولة التعرف على الفروق بين الذكور والاناث فى مفهوم الذات.٣- محاولة التعرف على أهم الأسباب التى تؤدى إلى تأخر النمو اللغوى عند الأطفال.٤- محاولة التعرف على حجم تاثير التأخر اللغوى والجنس على مفهوم الذات بالنسبة للأطفال المتأخرين لغوياً.وأجرى البحث على عينة من : (١٠٠) طفل وطفله (٥٠) من الأطفال العاديين و(٥٠) متأخرين لغوياً تتراوح اعمارهم مابين ٤-٦ سنوات.وقد استخدم الباحث الأدوات الآتية: ١- مقياس مفهوم الذات للأطفال فى سن ماقبل المدرسة (اعداد خلف منصور / حليم بشاى ١٩٨١).٢- مقياس الذكاء رسم الرجل لجود أنف هاريس (تقنين فاطمه حنفى ١٩٨٣).٣- استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى – الثقافى (اعداد ساميه القطان ١٩٧٩).وكانت الفروض والتساؤلات هى :١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال العاديين والأطفال المتأخرين لغويا فى الدرجة الكلية

لمفهوم الذات.٢- توجد فروق ذات دلاله احصائية بين الأطفال العاديين والمتأخرين لغوياً فى ابعاد مفهوم الذات.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى :- يوجد فروق دالة عند مستوى (٠,٠٠١) لدلالة الطرفين من الأطفال العاديين والمتأخرين لغوياً فى الدرجة الكلية لمفهوم الذات.- لايوجد فروق بين الجنسين من مجموعة الأطفال العاديين والمتأخرين لغوياً فى بعد الدرجة الكلية لمفهوم الذات.- يوجد فرق دال عند مستوى (٠,٠١) لدلالة الطرفين بين الأطفال العاديين والمتأخرين لغوياً فى بعد نظرة الطفل إلى علاقاته بالكبار.- لايوجد فرق دال بين الجنسين من مجموعة الأطفال العاديين والمتأخرين لغوياً فى بعد نظرة الطفل إلى علاقته بالكبار.- يوجد فرق دال عند مستوى (٠,٠١) لدلالة الطرفين بين الأطفال العاديين والمتأخرين لغوياً فى بعد نظرة الطفل إلى علاقاته برفاقه.- عدم وجود فروق دالة عند أى مستوى بين الأطفال الذكور من العاديين والمتأخرين لغوياً فى بعد الذات الانفعالية.وتؤكد الدراسة الحالية على أهمية اللغة فى نمو مفهوم الذات لدى الأطفال فى المرحلة العمرية من ٤-٦ سنوات.

ميادة محمد على أكبر:

"الاتجاهات الوالدية وعلاقتها بالسلوك التكيفى للأطفال المتخلفين عقلياً والمصابين بأعراض (داون) دراسة ميدانية".

رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٦م.

[٦٧]

وتهدف الدراسة إلى: التعرف على العلاقة بين الاتجاهات الوالدية والسلوك التكيفى لدى الاطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض (داون) وذلك من حيث المتغيرات المنتقاه فى هذه الدارسة. واجرى البحث على عينه من:مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض (داون) وعددهم ٢٠ طفل وطفلة مقسمين إلى (١٠) ذكور، (١٠) اناث تتراوح اعمارهم (٦-١٢) سنة ونسبة ذكائهم (٥٠-٧٠)، مجموعة من اباء وامهات هؤلا الاطفال.واستخدمت الباحثة الادوات الاتية ١- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء. ٢- مقياس الاتجاهات الوالدية للمتخلفين عقلياً إعداد السيد الكيلانى. ٣- اختبار السلوك التكيفى اعداد فاروق محمد صادق.٤- استمارة الوضع الاجتماعى والاقتصادى للاسرة. وكانت الفروض والتساؤلات هى:١- توجد علاقة ارتباطية دالة بين الاتجاه الوالدى الخاص بالتقبل والسلوك التكيفى للطفل المتخلف عقلياً المصاب بأعراض (داون).٢- توجد علاقة ارتباطية دالة بين الاتجاهات الوالدية الخاصة ككل من الاهتمام - الرفض - التفرقة - الحماية الزائدة - القسوة - التذبذب - بين السلوك التكيفى للطفل المصاب بأعراض (داون)٣- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات الاطفال المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون من ذوى المستوى الاجتماعى و الاقتصادى المرتفع ومتوسطات درجات اقرانهم من ذوى المستوى الاقتصادى والاجتماعى المنخفض فى السلوك التكيفى.٤- توجد فروق دالة احصائياً بين تقبل الطفل المتخلف عقلياً المصاب باعراض داون وكل من الجنس والمستوى الاقتصادى الاجتماعى للاسرة.وكانت النتائج التى

توصل اليها البحث:١- وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين كل من التقبل كأحد الاتجاهات الوالدية الموجبة وبين ابعاد السلوك التكيفى.٢- وجود علاقة ارتباطية بين كل من الحماية الزائدة - القسوة - التذبذب اللادافعية كأبعاد للاتجاهات الوالدية السالبه وبين ابعاد السلوك التكيفى.٣- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين كل من الاهمال والرفض والتفرقة كأبعاد للاتجاهات الوالدية السالبة وبين ابعاد السلوك التكيفى.٤- وجود فروق دالة احصائياً فى كل من المجال النمائى والانحرافات السلوكية والمجموع الكلى من الابناء المتخلفين عقلياً المصابين بأعراض داون ذوى المستوى الاقتصادى الأجتماعى المرتفع وذوى المستوى الاقتصادى الاجتماعى المنخفض لصالح الابناء ذوى المستوى الاقتصادى الاجتماعى المرتفع.٥- وجود فروق دالة احصائيا فى تقبل الحالة للابن الذكر عن تقبل الحالة للابنه الأنثى فى المستوى الاقتصادى المرتفع من المستوى المنخفض لصالح الذكر فى المستوى المرتفع.

نشوة نصر السيد سليمان:

"دراسة عن النواحى السيكولوجية للفقد السمع المكتسب فى الطفولة المتأخرة"

رسالة ماجستير - معهد دراسات العليا الطفولة - جامعة عين شمس١٩٩٦.

[٦٨]

ويهدف البحث إلى : التعرف على النواحى السيكولوجية لفقد السمع المكتسب خلال الطفولة المتأخرة لأن السمع هو الوسيلة الحسية الأولية لأكتساب الكلام وهو يعد قاعدة أساسية للتكيف الاجتماعى والتطور السيكولوجى الطبيعى وضعف السمع له تأثيراً سلبيا على اللغة والتعليم وسلوك الطفل وضعف السمع الشديد يعتبر معوقاً كبيراً للتطور السيكولوجى الطبيعى. واجرى البحث على عينة من :أجريت هذه الدراسة على ٦٠ طفلاً يعانون من فقد السمع المكتسب بدرجات مختلفة لمدة لاتقل عن سنة واحدة بالأضافة إلى ٣٠ طفلاً لايعانون من ضعف السمع كعينة ضابطة أخرى.استخدم الباحث الأدوات الآتية: تم تطبيق الأختبارات النفسية والتى تستخدم فى مركز الطب النفسى بطب عين شمس وهى: اختبار القلق للأطفال – اختبار المخاوف للأطفال – اختبار الاكتئاب للأطفال، كما تم عمل تقييم شامل وفحص للأذن والأنف والحنجرة والفحص السمعى لكل الأطفال فى العينتين والتشخيص النفسى لكل من الأطفال تم باستخدام دى - اس - إم -٤ (١٩٩٤). وكانت تساؤلات البحث :١- هل هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين حالات القلق من عينة الدراسة أى الأطفال الذين يعانون من فقد السمع وبين الأطفال الأسوياء؟ ٢- هل هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين الأطفال الذين لديهم فقد السمع وبين أطفال المجموعة الضابطة فى المخاوف؟ ٣- هل هناك فرق ذو دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة بالنسبة للأكتئاب؟ وكانت النتائج التى توصل اليها البحث :ظهر أن هناك فرق ذودلالة إحصائية بين حالات القلق التى تم تشخيصها اكلينيكياً من عينة

الدراسة والعينة الضابطة لصالح عينة الدراسة وكذلك فى حالات المخاوف والأكتئاب وهذا الفرق يزداد بزيادة شدة فقد السمع وقد حقق القياس النفسى للقلق والمخاوف والأكتئاب درجات أعلى فى فقد السمع البسيط والمتوسط عنه فى العينة الضابطة. ظهر أيضاً أنه كلما ازدادت مدة فقد السمع قل حدوث القلق والمخاوف ولكن ازدادت نسبة الأكتئاب لدى الأطفال.

عفاف محمد حسيب عبدالحليم:

"دراسة فى التوافق النفسى ومفهوم الذات عند أطفال المقابر".

رسالة ماجستير - كلية البنات - جامعة عين شمس - ١٩٩٣.

[٦٩]

ويهدف البحث إلى: محاولة كشف العلاقة بين إختلاف منطقة السكن ومستوى التوافق.- محاولة كشف العلاقة بين اختلاف منطقة السكن ومفهوم الذات.- التوصل إلى السمات السلوكية للأطفال فى ظل اختلاف منطقه السكن فى ضوء ما يسفر عنه البحث من النتائج.**وأجرى البحث على عينة من :** (٦٠) طفل وطفله منهم (٣٠) يمثلون أطفال العينة التجريبية الذين يسكنون المقابر والمجموعة الضابطه التى تسكن المناطق العادية تمثل (٣٠) طفل وطفلة والعينتان التجريبية والضابطه فى مرحلة عمرية من (٩-١٢).**وقد استخدمت الباحثة الأدوات الآتية:**- استمارة جمع بيانات. - مقياس التوافق النفسى. مقياس مفهوم الذات. مقياس السلوك العدوانى.**وكانت الفروض والتساؤلات هى :** هناك فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال الذين يسكنون

السكن العادى والأطفال الذين يسكنون المقابر على مقياس التوافق ومفهوم الذات.-أطفال المقابر أكثر ميلاً إلى السلوك العدوانى من أطفال المساكن العادية.وكانت النتائج التى توصل اليها البحث هى:- لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال الذين يسكنون فى السكن العادى والأطفال الذين يسكنون فى المقابر وذلك على مقياس التوافق وكذلك لاتوجد فروق بإختلاف الجنس.- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال سكان المقابر وسكان المساكن العادية لصالح الأطفال من سكان المقابر على مقياس مفهوم الذات ولاتوجد فروق بين الجنسين على هذا المقياس.- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الأطفال من سكان المقابر وسكن المساكن العادية لصالح الأطفال من سكان المقابر من حيث الميل للسلوك العدوانى.

المراجع

١- إبراهيم أبو زيد: سيكولوجية الذات والتوافق ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٧.

٢- إبراهيم خليفة: المربيات الأجنبيات فى البيت الخليجى ، كتب التربية العربى ، ١٩٨٦.

٣- إبراهيم قشقوش: سيكولوجية المراهقة ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٩.

٤- إبراهيم وجيه: صحة النفس ، دار المعارف ، ١٩٧٩.

٥- أتوفينخل: نظرية التحليل النفسى فى العصاب ، ترجمة صلاح مخيمر ، الأنجلو المصرية ، ١٩٧٨.

٦- أحمد السيد إسماعيل: مشكلات الطفل السلوكية وأساليب معاملة الوالدين ، دار الفكر الجامعى ، ١٩٩٣.

٧- أحمد زكي صالح: علم النفس التربوى ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٠.

٨- أحمد زكي صالح: نظريات التعلم ، النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٧١.

٩- أحمد عبد الخالق (إعداد): قائمة ويلوبي للميل العصابي (وضع ويلوبي) دار بورسعيد للطباعة ، ١٩٧٧.

١٠- أحمد عبد الخالق: استخبارات الشخصية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٨٦.

١١- أحمد عبد الخالق: أسس علم النفس ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٩١.

١٢- أحمد عبد الخالق: الأبعاد الأساسية للشخصية، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية، ١٩٩٠.

١٣- أحمد عبد الخالق: قياس الاكتئاب (دراسات نفسية) ، ١٩٩١ ، ع١ ، ص ٧٩-٩٦.

١٤- أحمد عبد العزيز سلامة: (ترجمة) علم الأمراض النفسية العقلية ، القاهرة ، دار النهضة العربية ، ١٩٧٩.

١٥- أحمد عزت راجح: أصول علم النفس ، دار المعارف ، ١٩٨٧.

١٦- أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٨.

١٧- أحمد عكاشة: علم النفس الفسيولوجي ، دار المعارف ، ١٩٨٢.

١٨- أحمد فايق : مدخل إلى علم النفس العام ، د.ن ، ١٩٦٦.

١٩- أحمد فايق: الأمراض النفسية والاجتماعية ، دار آتون القاهرة، ١٩٨٢.

٢٠- أحمد فايق: طبيعة الموضوعية فى التفسير التحليلى ، مجلة الفكر العربى ، ١٩٧٠.

٢١- أحمد محمد الزغبي: الإرشاد النفسي ، دار الحكمة اليمانية ، ١٩٩٤.

٢٢- أحمد منصور: النكلاوى : الوضع التعليمى للطفل ، دراسة تحليلية ، مكتب الخليج العربى ، ١٩٨٦.

٢٣- أدغار بيشى: فكر فرويد ، ترجمة جوزيف عبد الله ، المؤسسة الجامعية للنشر ، ١٩٨٦.

٢٤- أدوارد موراي: الدافعية والانفعال ، ترجمة أحمد سومه وعثمان نجاتي ، مكتبة أصول علم النفس الحديث ، دار الشروق ، ١٩٨٨.

٢٥- آرنك فروم: الإنسان بين الجوهر والمظهر ، عالم المعرفة ، ١٩٨٩.
٢٦- أرنوف ، ويتيج: مقدمة فى علم النفس ، ترجمة: عادل عز الدين الأشول وآخرون ، دار ماجر وهيل للنشر ، ١٩٨٣.
٢٧- أرنوف ويتيج: نظريات ومشكلات فى سيكولوجية الـتعلم ، ترجمة عادل عز الدين الأشول وآخرون ، دار ماجر وهيل للنشر ، ١٩٨٤.
٢٨- إريك فروم: أزمة التحليل النفسى ، ترجمة طلال عتريس ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر ، ١٩٨٨.
٢٩- آريك فروم: مهمة فرويد وتحليـل لشخصـيته وتـأثيره ، المؤسسة الجامعية للنشر ، ١٩٨٧.
٣٠- أسعد رزق: موسوعة علـم الـنفس ، المؤسسـة العربيـة للدراسات والنشر ، ١٩٧٩.
٣١- ألف محمد حفني: علم النفس المعاصر ، منشأة المعـارف ، الإسكندرية ، ١٩٨٢.
٣٢- آمال صادق ، فؤاد أبو حطب: نمو الإنسان مـن مرحلـة الجنين إلى مرحلة المسيني الأنجلو المصرية ، ١٩٩٠.
٣٣- آميل توفيق: الشخصية ، توجيهاتها وحاجاتها فـى نظريـة آريك فروم ، الأنجلو المصرية ، ١٩٧٦.
٣٤- آميل خليل بيرس: قضايا فى التحليل النفسى ، دار الآفـاق الجديدة ، بيروت ، ١٩٨٢.
٣٥- آنا فرويد: الأنا وميكانيزمات الدفاع ، ترجمة صلاح مخيمر ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٢.

٣٦- أناستازي وجون فولر: سيكولوجية الفـرق بـين الأفـراد والجماعات ، ترجمة السيد محمـد خيـرى ، ومصـطفى سويف، الشركة العربية للطباعة ، القاهرة ، د.ت.
٣٧- أنتونتي استورز: (تأليف) محمد أحمد غالي ، إلهام عفيفـى (ترجمة) ، العدوان البشرى ، الإسكندرية ، الهيئة العامـة للكتاب الجامعى ، ١٩٧١.
٣٨- أنسى قاسم: علم نفس التعلم ، الأنجلو المصرية ، ١٩٩٧.
٣٩- أنور محمد الشرقاوي: التعلم نظريات وتطبيقات ، الأنجلـو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩١.
٤٠- أوسبورن: الماركسية والتحليل النفسـى ، ترجمـة سـعاد الشرقاوي ، مكتبة الدراسات النفسـية والاجتماعيـة ، دار المعارف ، د.ت.
٤١- أيزنك هــ.ج: الحقيقة والوم فى علم النفس ، ترجمة قدرى حفنى ورؤوف نظمى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٦٩.
٤٢- أيزنك: الأبعاد الأساسية للشخصية ، ترجمـة أحمـد عبـد الخالق، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، ١٩٨٧.
٤٣- أيزنك: مشكلات علم النفس ، ترجمة جـابر عبـد الحميـد ومحمود الشيخ ، دار النهضة العربية ، ١٩٦٤.
٤٤- باترسون: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى ، ترجمة حامد الفقى ، الكويت ، ١٩٨١.
٤٥- باترك ملاهي: عقدة أوديب فى الأسطورة وعلـم الـنفس ، ترجمة جميل سعيد ، بيروت ، مكتبة المارف ، ١٩٦٢.
٤٦- بيرداكو: انتصار التحليل النفسى ، ترجمة وجيـه أسـعد ، د.ن، د.ت.

٤٧- توفيق على وهبه: دور المرأة فـــي المجتمـــع الإســـلامي ، الرياض ، در اللواء ، ١٩٨٢.
٤٨- جابر عبد الحميد وآخرون: مقدمـــة فـــيعلم الـــنفس ، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ١٩٨٥.
٤٩- جابر عبد الحميد وآخرين: دراسات نفسية فـــي الشخصـــية العربيةن عالم الكتب ، ١٩٧٨.
٥٠- جابر عبد الحميد وعلاء كفافي: معجم علم النفس والطـــب النفسى ، القاهرة ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٩.
٥١- جابر عبد الحميد: سيكولوجية الـــتعلم ونظريـــات الـــتعلم ، النهضة العربية ، ١٩٩٥.
٥٢- جابر عبد الحميد: نظريات الشخصية – البناء – الديناميات – النمو – طرق البحث – التقويم ، دار النهضة العربيـــة ، ١٩٩٠.
٥٣- جابر عبد الحميد:علم النفس التربوي ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٤.
٥٤- جان بول سارتر: نظرية الانفعالات ، ترجمة سامي علي ، دار المعارف ، القاهرة، ١٩٦٠.
٥٥- جان لابلاش ، بونتاليس: معجم مصطلحات التحليل النفسى ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر ، بيروت ، ١٩٨٧.
٥٦- جبارة عطية جبارة: المشكلات الاجتماعية والتربوية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٨٦.
٥٧- جبريل كالفي: سيكولوجية طفل الروضة ، ترجمة طـــارق الأشرف ، دار الفكر العربى ، ١٩٩١.

٥٨- جوردون إميلى وآخرون: اتجاهات علم النفس المعاصــر ، ترجمة عبد الله محمد عريف ، منشورات جامعة قان بتونس ، ١٩٩٣.

٥٩- جوليان رونز: علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة عطية هنــا ، دار الشروق ، القاهرة، ١٩٨٩.

٦٠- جون كونجر ، بول موسى ، جيروم كيجــان: ســيكولوجية الطفولة والشخصية ، ترجمة أحمد عبد العزيز ، جابر عبد الحميد ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٧.

٦١- جيرالدس ، بلوم: الديناميات النفسية ، علم القــوى النفســية اللاشعورية ، ترجمة رزق ليله ، النهضة العربية ، ١٩٩٥.

٦٢- جيرالدس بلوم: الديناميات النفسية ، علــم القــوة النفســية اللاشعورية ، ترجمة رزق إبراهيم ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٥.

٦٣- حامد زهران: التوجيه والإرشاد النفسى ، عــالم الكتــب ، ١٩٩٠.

٦٤- حامد زهران: الصحة النفســية ، دار النهضــة العربيــة ، ١٩٩٥.

٦٥- حامد زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسى ، عالم الكتب ، ١٩٧٤.

٦٦- حامد زهران: علم النفس الاجتماعى ، عالم الكتب ، القاهرة ، ١٩٨٤.

٦٧- حامد زهران: علم نفس النمو ، عالم الكتب ، ١٩٩٠.

٦٨- حامد زهران: قاموس علم الــنفس ، دار عــالم الكتــب ، ١٩٨٧.

٦٩- حامد عبد العزيز الفقى: دراسات فى سيكولوجية النمو ، دار القلم للنشر ، الكويت، ١٩٨٨.
٧٠- حسنى الجبالى: التعلم مبادئ ونظريات ، تطبيقات تربوية ، د.ن ، ١٩٩٧.
٧١- حسين عبد العزيز الدرينى: المدخل إلى علم الـــنفس ، دار الفكر العربى ، القاهرة ، ١٩٨٥.
٧٢- حلمى المليجي: علم النفس المعاصر ، دار النهضة العربية، د.ت.
٧٣- حنان العناني: الصحة النفسية للطفل ، دار الفكـــر للنشـــر والتوزيع ، الأردن ، ١٩٩٥.
٧٤- خضير سعود: المرشد التربوى لمعلمات رياض الأطفـــال ، مكتبة التربية لدول الخليج ، ١٩٨٦.
٧٥- دالترج ، كوفيل: الصحة النفسية ، ترجمة محمود الزيادي ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٦.
٧٦- دانييل لاجاش: المجمل فـــى التحليـــل النفســـى ، ترجمـــة مصطفى زيور وآخـــرون ، مكتبـــة الدراســـات النفســـية والاجتماعية ، د.ت.
٧٧- ركسي نايت ومارجريت نايت: المدخل فـــى علـــم الـــنفس الحديث، ترجمة عيد علي الجسماني ، مكتبة النهضة ، بغداد ١٩٨٥.
٧٨- رمزية الغريب: التعلم ، دراسة تفسيرية توجيهية ، الأنجلو المصرية ، ١٩٧٦.
٧٩- رمضان القذافي: الشخصـــية – نظرياتهـــا- واختباراتهـــا وأساليب قياسها ، منشورات الجامعة المفتوحة ، ١٩٩٣.

٨٠- روبرت هاير: التحليل النفسى والعلاج النفسى ، ترجمة سعد جلال ، دار الكتاب المصرية ، ١٩٧٤.
٨١- ريتشارد س لازاروس: الشخصية ، ترجمة سيد غنيم ، دار الشروق ، ١٩٩٣.
٨٢- زكريا الشربينى ، يسرية صادق: تنشـئة الطفـل ، الفكـر العربى، ١٩٩٦.
٨٣- سارنوف أزموتيك ، هوارد يوليو:التعلم ، ترجمـة محمـد عماد الدين ، دار الشروق ، ١٩٨٩.
٨٤- سامى عبد القوى: مقياس الصراع النفسى الحركى ، مجلـة علم النفس ، الهيئة العامة للكتاب ، ع٢٥ ، ١٩٩٣.
٨٥- ستيوارت هـ. وآخرون: سيكولوجية التعلم ، ترجمة فـؤاد أبو حطب ، وآمال صـادق ، دار ماكجروهيـل للنشـر ، ١٩٨٠.
٨٦- سعاد جاد الله: بحوث فى علم النفس ، الأنجلو المصـرية ، ١٩٨٠.
٨٧- سعد المغربي ، الليثي: الفئات الخاصة ، مكتبـة القـاهرة الحديثة، ١٩٦٧.
٨٨- سعد جلال: الصحة العقلية ، مكتبـة المعـارف الحديثـة ، ١٩٨٠.
٨٩- سعد جلال: الطفولة والمراهقـة ، دار الفكـر العربـى ، ١٩٨٥.
٩٠- سعد جلال: القياس النفسى ، المقاييس والاختبـارات ، دار الفكر العربى ، ١٩٨٥.

١٠٢-سهير كامل أحمد: المدخل إلى علم الاجتماع ، مركز الإسكندرية للكتاب ، ٢٠٠٢.

١٠٣-سهير كامل أحمد: سيكولوجية نمو الطفل ، مركز الإسكندرية للكتاب ، ٢٠٠٢.

١٠٤-سهير كامل أحمد: علم النفس الاجتماعى ، مركز الإسكندرية للكتاب ، ٢٠٠٢.

١٠٥-سهير كامل: سيكولوجية الأطفال ذوى الفئات الخاصة ، مركز الإسكندرية للكتاب ، ٢٠٠٢.

١٠٦-سول سنيدلنجر: التحليل النفسى والسلوك الاجتماعى ، ترجمة سامى علي ، دار المعارف ، ١٩٧١.

١٠٧-سول شيد لنجر (تأليف): سامى محمد علي (ترجمة): التحليل النفسى والسلوك الجماعى ، دار المعارف ، ١٩٨٠.

١٠٨-سول شيولنجر: التحليل النفسى والسلوك الجماعى ، ترجمة محمود علي ، دار المعارف ، د.ت.

١٠٩-سيجموند فرويد (تأليف): إسحق رمزي (ترجمة) : ما فوق مبدأ اللذة ، دار المعارف ، ١٩٨٠.

١١٠-سيجموند فرويد (تأليف): سامي علي (ترجمة): التحليل النفسى والسلوك الجماعى ، دار المعارف ، ١٩٧٠.

١١١-سيجموند فرويد: الأنا والهو ، ترجمة محمد عثمان نجاتي ، دار الشروق، بيروت، ١٩٨٨.

١١٢-سيجموند فرويد: الذات والغرائز ، ترجمة محمد نجاتي ، النهضة العربية ، بيروت، ١٩٦١.

١١٣-سيجموند فرويد: الطوطم والتابو ، ترجمة جورج طرابيشي، دار الطليعة ، بيروت ، ١٩٨٣.

١١٤-سيجموند فرويد: الكف والعرف والقلق ، ترجمة محمد عثمان نجاتى، دار الشروق، ١٩٨٩.

١١٥-سيجموند فرويد: تفسير الأحلام ، ترجمة مصطفى صفوان ، دار المعارف ، ١٩٨٠.

١١٦-سيجموند فرويد: ثلاث رسائل فى النظرية الجنسية ، ترجمة محمد نجاتي ، دار الشروق ، بيروت ، ١٩٨٦.

١١٧-سيجموند فرويد: علم ما وراء النفس (الميتاسيكولوجي)، ترجمة جورج طرابيشي، دار الطليعة ، بيروت ، ١٩٨٢.

١١٨-سيجموند فرويد: ما فوق مبدأ اللذة ، ترجمة إسحق رمزي ، دار المعارف ، ١٩٥٢.

١١٩-سيجموند فرويد: معالم التحليل النفسى ، ترجمة محمد نجاتي، النهضة العربية ، بيروت ، ١٩٦٦.

١٢٠-سيد أحمد عثمان: علم النفس الاجتماعى التربوي ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٦.

١٢١-سيد خيرى وآخرون: رعاية الطفل وتطور الحب ، دار المعارف ، ١٩٥٩.

١٢٢-سيد صبحى: أطفالنا المبتكرين ، دراسات فى الصحة النفسية، القاهرة ، ١٩٩٧.

١٢٣-سيد صبحى: الشبع النفسى ، القاهرة ، د.ن ، ١٩٩٧.

١٢٤-سيد عبد العال: نظريات علم النفس والمداخل الأساسية لدراسة السلوك الإنساني ، مكتبة سعيد رأفت ، ١٩٨٦.

١٢٥-سيد عثمان: علم النفس الاجتماعى التربوى ، ط١ ، الأنجلو المصرية ، ١٩٧٠.
١٢٦-سيد محمد غنيم: سيكولوجية الشخصية ، محدداتها ، قياسها ، نظرياتها ، دار النهضة العربية ، ١٩٩١.
١٢٧-شاخت: الاغتراب ، ترجمة كامل يوسف حسين ، المؤسسة العربية للدراسات ، ١٩٨٠.
١٢٨-شفيق فلاح حسان: أساسيات علم النفس التطوري ، دار الجيل ، بيروت ، ١٩٨٩.
١٢٩-صالح حزين: سيكوديناميات العلاقة الأسرية والنظرية ، الأنموذج التكنيك ، د.ت.
١٣٠-صفوت فرج ، سهير كامل: مقياس تنسى لمفهوم الذات، الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٨.
١٣١-صلاح مخيمر (ترجمة) ، آنا فرويد (تأليف): ترجمة الانا وميكانيزمات الدفاع ، الأنجلو المصرية ، د.ت.
١٣٢-صلاح مخيمر ، عبده ميخائيل: سيكولوجية الشخصية ، الأنجلو المصرية ، ١٩٦٨.
١٣٣-صلاح مخيمر: المدخل إلى الصحة النفسية ، الأنجلو المصرية ، ١٩٧٩.
١٣٤-صلاح مخيمر: المفاهيم – المفاتيح فى علم النفس ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨١.
١٣٥-صلاح مخيمر: فى علم النفس العام ، النهضة العربية ، د.ت.
١٣٦-صموئيل مغاريوس: الصحة النفسية والعميل المدرسي ، ط١، النهضة المصرية ، ١٩٧٤.

١٣٧-طلعت حسن عبد الرحيم: الأسس النفسية للنمو الإنساني ، دار القلم للنشر ، الكويت ، ١٩٨٧.
١٣٨-طلعت منصور وآخرون: أسس علم النفس العام ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٩.
١٣٩-طلعت همام: فى علم النفس التربوي ، د.ن ، ١٩٨٤.
١٤٠-عادل عز الدين الأشول: سيكولوجية الشخصية ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٧.
١٤١-عادل عز الدين الأشول: علم نفس النمو ، الأنجلو المصرية، ١٩٨٢.
١٤٢-العارف بالله الغندور: نظريات علم النفس ومدخل الشخصية، دار الحكيم ، د.ت.
١٤٣-عباس محمود عوض: الموجز فى الصحة النفسية ، دار المعارف ، ١٩٩٧.
١٤٤-عبد الحافظ محمد سلامة: وسائل الاتصال وأسسها النفسية التربوية ، دار الفكر ، ١٩٩٣.
١٤٥-عبد الحليم محمد السيد وآخرون: علم النفس العام ، مكتبة غريب ، ١٩٩٠.
١٤٦-عبد الرؤوف ثابت: الطب النفسى ، دار النهضة العربية، ١٩٩٥.
١٤٧-عبد الرحمن العيسوى: العلاج النفسى ، الإسكندرية ، دار المعرفة ، ١٩٨٨.
١٤٨-عبد الرحمن العيسوى: أمراض العصر ، الإسكندرية ، دار المعرفة ، ١٩٨٤.

١٤٩- عبد الرحمن العيسوى: دراسات فى علم النفس الاجتماعى ، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٠.

١٥٠- عبد الرحمن العيسوى: دور علم النفس فى التصدى لمشاكل المجتمع وتحقيق أهدافه فى مجلة علـــم الـــنفس ، ع١٤ ، ١٩٩٠.

١٥١- عبد الرحمن العيسوى: مشكلات الطفولة والمراهقـــة ، دار العلوم العربية ، ١٩٩٣.

١٥٢- عبد الرحمن عدس ، محي الدين توق: المدخل لعم النفس ، دار الفكر ، ١٩٩٥.

١٥٣- عبد الستار إبراهيم: أسس علم النفس ، دار المريخ للنشر ، ١٩٨٧.

١٥٤- عبد السلام عبد الغفار: مقدمة فى الصـــحة النفســـية ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٠.

١٥٥- عبد العزيز القوصي: أسس الصحة النفسية ، نهضة مصر ، ١٩٨١.

١٥٦- عبد العلي الجسماني: علم النفس وتطبيقاتـــه الاجتماعيـــة والتربوية ، بيروت ، ١٩٩٤.

١٥٧- عبد الغنى الخطيب: الطفل المثالى في الإسلام ، المكتـــب الإسلامي للطباعة ، ١٩٧٩.

١٥٨- عبد الكريم الخلايلة ، عفاف اللبابيدي: تطوير لغة الطفـــل، دار الفكر ، ١٩٩٠.

١٥٩- عبد الكريم الخلايله ، عفاف اللبابيـــدي: طـــرق التفكيـــر للأطفال، دار الفكر ، ١٩٩٠.

١٦٠- عبد الله عسكر: الأوديبية بين الأسطورة والتحليل النفسى ، الأنجلو المصرية ، ١٩٩١.

١٦١- عبد المجيد النشواني: علم النفس التربوي ، دار الفرقـــان، ١٩٨٧.

١٦٢- عبد المطلب القريطى: مدخل إلى الصحة النفسية ، القاهرة ، ١٩٩٠.

١٦٣- عبد المنعم الحفنى: المعجم الموسوعي للتحليـــل النفســـى ، مكتبة مدبولى ، ١٩٩٥.

١٦٤- عبد المنعم الحفنى: موسوعة أعلام علم الـــنفس ، مكتبـــة مدبولى ، ١٩٩٣.

١٦٥- عثمان لبيب فراج: أضواء على الشخصية والصحة العقلية ، النهضة المصرية ، ١٩٨٠.

١٦٦- عزيز حنا داود وآخرون: الشخصية بين السواء والمرض ، الأنجلو المصرية ، ١٩٩١.

١٦٧- عزيزة سمارة ، عصام النمر: سيكولوجية الطفولـــة ، دار الفكر العربى ، ١٩٩٣.

١٦٨- عزيزة محمد السيد: الأبعاد الذاتية فى نظريات الشخصية ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٨٧.

١٦٩- عطوف محمود ياسين: علم النفس الكلينكي ، دار المعارف للملايين ، بيروت ، ١٩٨٦.

١٧٠- عطوف محمود ياسين: اختبارات الذكاء والقدرات العقليـــة بين التطرف والاعتدال ، دار الأندلس ، ١٩٨١.

١٧١- عطوف محمود ياسين: علم النفس العيادي ، دار العلـــم ، بيروت ، ١٩٨٤.

١٧٢- عطية هنا: التوجيه التربوي والمهنى ، النهضة المصرية ، ١٩٥٩.
١٧٣- عفاف اللبابيدي: سيكولوجية اللعب ، دار الفكر ، ١٩٩٣.
١٧٤- علاء الدين كفافى: الصحة النفسية ، دار هجـر للطباعـة والنشر ، ١٩٩٠.
١٧٥- علاء الدين كفافي: التنشئة الوالديـة والأمـراض النفسـية دراسة إمبريقية كلينيكية ، هجرس للنشر ، ١٩٨٩.
١٧٦- علاء الدين كفافى: الصـحة النفسـية ، القـاهرة ، د.ن ، ١٩٨٠.
١٧٧- على إسماعيل على: نظرية التحليل النفسـى واتجاهاتهـا الحديثة فى خدمة الفرد ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٥.
١٧٨- على السيد سليمان: سيكولوجية النمو والنمو النفسى ، دار الأندلس ، ١٩٩٤.
١٧٩- علي زيور ؛ مريم سليم: حقول علم النفس ، دار الطباعـة بيروت ، ١٩٨٦.
١٨٠- علي زيور: مدخل إلى علم النفس ، دار الأندلس للنشـر ، ١٩٩٠.
١٨١- علي عبد السلام علي: تاريخ علم النفس – اتجاهاته القديمة والحديثة ، النهضة المصرية ، ١٩٩٥.
١٨٢- علي ماضى: النفس البشرية ، تكوينهـا ، اضـطراباتها ، علاجها ، دار النهضة العربية ، بيروت ، د.ت.
١٨٣- علياء شكرى: الاتجاهات المعاصرة فى دراسة الأسـرة ، دار المعارف ، ١٩٧٩.

١٨٤-فؤاد أبو حطب ، عبد الحليم محمود: علم النفس والاجتماع ، الهيئة العامة للمطابع الأميرية ، ١٩٩٧.
١٨٥-فاخر عقل: التعلم ونظرياته ، دار الفكر اللبناني ، بيروت ، ١٩٧٧.
١٨٦-فرانك- سيفرين: علم النفس الإنساني ، ترجمة طلعت منصور وآخرون ، الأنجلو المصرية ، ١٩٧٨.
١٨٧-فرج عبد القادر طه ، شاكر عطية وآخرون: علم النفس والتحليل النفسى ، دار سعاد الصباح ، ١٩٩٣.
١٨٨-فرج عبد القادر طه: أصول علم النفس الحديث ، دار المعارف ، ١٩٨٩.
١٨٩-فرج عبد القادر: الشخصية ومبادئ علم النفس ، مكتبة الخانكي ، ١٩٧٩.
١٩٠-فيصل عباس: أساليب دراسة الشخصية ، التكنيكات الإسقاطية ، دار الفكر اللبناني، بيروت ، ١٩٩١.
١٩١-فيصل عباس: التحليل النفسى للذات الإنسانية ، دار الفكر اللبناني ، ١٩٩١.
١٩٢-فيصل عباس: التحليل النفسى للشخصية ، دار الفكر اللبناني، بيروت ، ١٩٩٤.
١٩٣-فيصل عباس: الشخصية فى ضوء التحليل النفسى ، دار الميسرة ، بيروت ، ١٩٩٤.
١٩٤-فيصل عباس: موسوعة علماء النفس والتربية ، دار الفكر العربى ، بيروت ، ١٩٩٥.
١٩٥-كارل ج. يونج: علم النفس التحليلى ، ترجمة نهاد حباطة ، دار الحوار للنشر والتوزيع ، دمشق ، ١٩٨٥.

١٩٦-كالفن س هول: مبادئ علم النفس الفرودي ، ترجمة رحام الكيال ، الهيئة العامة للكتاب للنشر والتوزيع ، ١٩٩٠.
١٩٧-كالفين هول وبارديز ليندزي: نظريات الشخصية ، ترجمة فرج أحمد ، قدري حفني ، لطفى فطيم ، دار الشايع للنشر ، ١٩٧٨.
١٩٨-كمال بكداش: نظريات فى علم النفس ، د.ن ، ١٩٨٦.
١٩٩-كمال سالم سالم: الفروق الفردية لـدى العـاديين وغيـر العاديين، الرياض ، مكتبة الصفحات الذهبية ، ١٩٨٨.
٢٠٠-لطفى فطيم ، أبو العزايم الجمال: نظريات التعلم المعاصرة وتطبيقاتها التربوية ، النهضة المصرية ، ١٩٨٨.
٢٠١-لندال دافيدوف: مدخل علم النفس ، ترجمة سـيد الطـواب وآخرون ، دار ماجكروهيل للنشر ، ١٩٨٨.
٢٠٢-لندري هول: نظريات الشخصية ، ترجمة فـرج أحمـد ، قدري حفني ، الهيئة المصرية للنشر ، ١٩٧٨.
٢٠٣-لويس مليكة: التحليل النفسي والمنهج الإنساني فى العـلاج النفسي ، النهضة المصرية ، ١٩٩٠.
٢٠٤-لويس مليكة: سيكولوجية الجماعات والقيادات ، النهضـة المصرية ، ١٩٨١.
٢٠٥-لويس مليكة: علم النفس الإكلينيكي ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٧.
٢٠٦-ليلى عبد الحميد (إعداد): مقياس قلق الامتحـان (وضـع سيلبرجر) ، النهضة المصرية ، ١٩٨٤.
٢٠٧-ليلى كرم الدين: قراءات إضافية فى سيكولوجية الشخصية ، دار الكتاب الجامعى، ١٩٨٦.

٢٠٨-م. ريتشارد (تأليف) : عبد العزيز سلامة (ترجمة): علم الأمراض النفسية ، دار النهضة ، ١٩٧٩.
٢٠٩-مجدي عبد الله: علم النفس العام ، دراسة السلوك الإنساني وجوانبه ، دار المعرفة الجامعية ، الرياض ، ١٩٩٦.
٢١٠-محمد أبو العلا: علم النفس ، مكتبة عين شمس ، ١٩٨٤.
٢١١-محمد أحمد النابلسي: أصول مبادئ الفحص النفسي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، ١٩٩١.
٢١٢-محمد أحمد النابلسي: الأمراض النفسية وعلاجها ، مركز الدراسات النفسية ، ١٩٨٧.
٢١٣-محمد أحمد النابلسي: فرويد والتحليل النفسي ، دار النهضة ، بيروت ، ١٩٨٨.
٢١٤-محمد أحمد غالى ، رجاء أبو علام: القلق وأمراض الجسم ، الكويت ، مكتبة الفلاح ، ١٩٧٧.
٢١٥-محمد زياد حمدان: غياب الأب وأثره فى تطوير الشخصية ، الباحث ، السنة الخامسة ، ع(٥-٦) ، ١٩٨٣.
٢١٦-محمد سامي هذا: الشخصية السوية والمرضية ، القاهرة ، دار الثقافة للنشر ، ١٩٧٨.
٢١٧-محمد سعد: الشخصية والقدرات العقلية ، دار الإصلاح ، ١٩٨٢.
٢١٨-محمد سعيد فرج: البناء الاجتماعى والشخصية ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٨٠.
٢١٩-محمد شحاته: تاريخ علم النفس ومدارسه ، دار الصحوة للنشر والتوزيع ، ١٩٨٦.

٢٢٠-محمد شحاته: قياس الشخصية ، دار المعرفة الجامعيـة ، ١٩٩٥.
٢٢١-محمد شعلان: الاضطرابات النفسية فى الأطفال ، الجهـاز المركزى للكتب الجامعية ، ١٩٧٧.
٢٢٢-محمد عبد الظاهر الطيب: مبادئ الصـحة النفسـية ، دار المعرفة الجامعية ، ١٩٩٤.
٢٢٣-محمد عبد الغفار: المدخل لعلـم الـنفس التعليمـى ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٧.
٢٢٤-محمد عبد المؤمن: سيكولوجية غير العاديين ، دار الفكـر الجامعي ، ١٩٨٦.
٢٢٥-محمد عثمان نجاتي: علم النفس فى حياتنا اليومية ، النهضة العربية ، ١٩٨٠.
٢٢٦-محمد عثمان نجاتي: علم الـنفس والحيـاة ، دار القلـم، الكويت، ١٩٩٥.
٢٢٧-محمد عماد الدين إسماعيل: أصول علم النفس الحـديث ، دار الشروق ، ١٩٨٩.
٢٢٨-محمد عماد الدين إسماعيل: الشخصية والعلاج النفسـى ، دار الشروق ، ١٩٨٧.
٢٢٩-محمد عماد الدين إسماعيل: الطفل من الحمل للرشد ، دار القلم ، الكويت ، ١٩٨٩.
٢٣٠-محمد عماد الدين إسماعيل: المنهج العلمى وتفسير السلوك ، ط٢، النهضة المصرية، ١٩٧٠.
٢٣١-محمد عوده ، محمد عيسى: الطفولة والصبا ، دار القلـم ، الكويت ، ١٩٩٣.

٢٣٢-محمد عوده ، محمد عيسى: رؤية إسـلامية فـى النمـو الإنساني الطفولة والصبا ، دار القلم للنشـر ، الكويـت ، ١٩٨٩.
٢٣٣-محمد فرغلى فراج: مدخل إلى علم النفس ، دار الثقافـة ، القاهرة ، ١٩٨٤.
٢٣٤-محمد محروس الشناوي: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى ، دار غريب للطباعة ، ١٩٩٤.
٢٣٥-محمد مصطفى زيدان: النمو النفسى للطفل المراهق ، دار الشروق ، جدة ، ١٩٧٩.
٢٣٦-محمود أبو النيل: علم النفس الاجتماعى ، دراسات مصرية وعالمية ، الحضارة العربية ، ١٩٧٥.
٢٣٧-محمود أبو زيد: المعجم فـى علـم الإجـرام والاجتمـاع والعقاب، دار الكتاب ، ١٩٨٧.
٢٣٨-محمود الزيادي: أسس علم النفس العام ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٠.
٢٣٩-محمود الزيادي: علم النفس الإكلينيكي التشخيصي والعلاج ، الأنجلو المصرية ، ١٩٨٨.
٢٤٠-محمود عبد الحليم وآخرون: علم الـنفس العـام، مكتـب غريب، القاهرة ، ١٩٩٠.
٢٤١-محمود عبد الله صالح: أساسيات فى الإرشاد التربوي ، دار المريخ للنشر ، ١٩٨٥.
٢٤٢-محمود عكاشة وآخرون: السلوك الاجتماعى ، قراءات فى علم النفس الاجتماعى وتطبيقاته ، د.ن ، ١٩٩٨.

٢٤٣-مختار حمزة: سيكولوجية ذوي العاهات والمرض ، جدة ، دار المجتمع العربي ، ١٩٧٩.
٢٤٤-مدحت عبد الحميد: الصحة النفسية والتفوق الدراسي ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٠.
٢٤٥- مصطفى خليل الشرقاوي: علم الصحة النفسية ، بيروت ، دار الطباعة للنشر ، ١٩٨٣.
٢٤٦-مصطفى زيور: فى النفس (بحوث مجمعة فـي التحليـل النفسى) ، دار الشروق ، القاهرة ، ١٩٨٣.
٢٤٧-مصطفى سويف: علم النفس الحديث ، معالمه ونماذجـه ، الأنجلو المصرية ، ١٩٧٨.
٢٤٨-مصطفى غالب: الجنس عند فرويد ، دار ومكتبة الهلال ، بيروت ، ١٩٨٥.
٢٤٩-مصطفى فهمى: الدوافع النفسية ، مكتبة مصر ، ١٩٨٧.
٢٥٠-مصطفى فهمى: الشخصية بين سـوائها وانحرافهـا ، دار مصر للطباعة ، ١٩٨٧.
٢٥١-مصطفى فهمى: الشذوذ الجنسي ، مكتبة مصر ، ١٩٥٧.
٢٥٢-مصطفى فهمى: الصحة النفسية ، دراسات فى سيكولوجية التكيف ، القاهرة ، مكتبة الخانجي ، ١٩٨٧.
٢٥٣-مصطفى فهمى: علم النفس الإكلينيكي ، مكتبـة مصـر ، ١٩٨٠.
٢٥٤-مفيد نجيب ، زيدان نجيب: النمو الانفعالى عند الأطفـال ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٨٩.
٢٥٥-ملكة أبيض: الطفولة المبكرة والجديد فى رياض الأطفال ، لبنان ، المؤسسات الجامعية للدراسات ، ١٩٩٣.

٢٥٦-ميخائيل أسعد: السيكولوجيا المعاصرة ، الجزء الأول ، دار الجيل ، ١٩٩٦.
٢٥٧-ميلاني كلاين: التحليل النفسي للأطفال ، ترجمة عبد الغني الديدي ، دار الفكر اللبناني ، بيروت ، ١٩٩٤.
٢٥٨-نبيه الغبرة: المشكلات السلوكية عند الأطفال ، ط٣، بيروت، المكتب الإسلامى ، ١٩٧٨.
٢٥٩-نعيمة الشماع: الشخصية ، النظرية ، التقييم – مناهج البحث، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، القاهرة ، ١٩٧٧.
٢٦٠-نعيمة عبد الكريم: دراسة نقدية للمفاهيم الأساسية عند أريك فروم ، القاهرة ، ١٩٨٦.
٢٦١-نوال محمد عطية: علم النفس التربوى ، الأنجلو المصرية ، ١٩٩٠.
٢٦٢-نوربير سلاني: المعجم الموسوعى لعلم النفس ، أعلام علم النفس ، ترجمة رالف رزق الله ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر ، ١٩٩١.
٢٦٣- هارى ويلز: بافلوف وفرويد ، ترجمة شوقى جلال ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، الجزء الثاني ، ١٩٧٨.
٢٦٤- هدى الناشف: استراتيجيات التعلم والتعليم ، الفكر العربى ، ١٩٩٣.
٢٦٥- هدى قناوى: الطفل وألعاب الروضة ، الأنجلو المصرية ، ١٩٩٥.
٢٦٦- هنرى دماير: ثلاث نظريات فى نمو الطفل ترجمة هدى قناوي، الأنجلو المصرية، ١٩٩٢.

٢٦٧- هيليني دوتش (تأليف) ، فـرج أحمـد فـرج (ترجمـة): محاضرات فى التحليـل النفسـي والعصـاب، الأنجلـو المصرية، ١٩٩٠.
٢٦٨- عادل الأشول: سيكولوجية الشخصية ، القاهرة ، ١٩٧٨.
٢٦٩-والتر ج كوفيل وآخرون: الأمـراض النفسـية ، ترجمـة محمود الزيادي ، مكتبة سعيد رأفت ، ١٩٨٩.
٢٧٠-والتر ج كوفيل: الصحة النفسية ، ترجمة محمود الزيادى ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٨٨.
٢٧١-وليم الخولى: الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى ، دار المعارف ، ١٩٧٦.
٢٧٢-وودورث: مدارس علم النفس المعاصر ، ترجمـة كمـال الدسوقي ، دار المعارف ، بيروت ، د.ت.
٢٧٣-يوسف ميخائل سعد: الشخصية القوية ، القاهرة ، مكتـب غريب ، د.ت.
٢٧٤-وينفر هوير: مدخل إلى سيكولوجية الشخصـية ، ترجمـة مصطفى عشوى ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، ١٩٩٥.
٢٧٥-يوسف الحجاجي: تصريح الشخصية فى نظريـات علـم النفس، دار النهضة العربية، ١٩٨٦.
٢٧٦-يوسف عبد الفتاح محمد: الثقافة وسـيكولوجية الشخصـية (بحوث خليجية وعربية) ، جامعة الإمارات ، ١٩٨٦.
٢٧٧-يوسف مراد: مبادئ علم النفس العـام ، دار المعـارف ، القاهرة ، ١٩٨٢.

٢٧٨-يوسف مصطفى القاضي وآخرون: الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي ، دار المريخ ، جدة ، ١٩٨١.

279- Arnold, H. Buss: Psychology, Behavior in Perspective "Second Edition N.Y., J.W., & Sons, 1978".

280- Backer, Joseph: Theory and Research, 1974.

281- Baechler, Jean: Suicides, Trans by Barry Cooper, 1979.

282- Billing, A. & Moos, R.: Copug Stress and Social Resources Among Adults with Umipolar Depression, Journal of Personality and SOcialPsychology, 1984, 46 (4) 877-891.

283- Brown, G & Harris, T.: Social and Origins on Depression, A Study Psychiatric Disorder in Women, N.Y., Free Press, 1978.

284- Cameron, N.: Personality Development and Psychopathology, A Dynamic Approach, Boston, Houghton Mifflin Co., 1963, 441-442.

285- Cutrona C.: The Behavioral Manifestations of Social Support, Amicro- Analytic Investigation, Journal of Personality and Socal Psychology, 1986, 51 (1), 201-208.

286- Eisman, Em.: Contact Difficulties ad Experience of Lonliness, In Depressed Patients and Non Psychiatrics Controls, Acts Psychiatric- Scandinavia, 1984, 70 (2), 160-165.

287- Flack, Frederick and Draghi, Suzanne: The Nature and Treatment of Depression, 1975.

288- Friedman, J., Depression Failure and Guilt. N.Y. Journal of Medicine. 1973, 73 (12) 1700-1707.

289- Mayer Cross. W., Stater, E., & Roth, M. (Clinical Psychology London, Cassella Co., 1960.
290- Man Roe, S., et al., Social Support, Life Events and Depressive Sympotms, A 1 Year Prespective Study, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980, 54 (4) 424-443.
291- Pattash, R., Etiology and Mechanisms in the Development of Depressive Reactions Psychosomatic Medicine, 1962.
292- Patterson, R., The Mirsey School, Human Relationship Learning, N.Y., Holt, Rinehar & Winston, 1980.
293- Rabin, C., The Areas of Change Questionnaire, Across- Cultural Comparison of Isreal and American Distressed and Nondistressed Couples, American Journal and Family Therapy, 1986, 14, 324-335.
294- Rardin, P.R., and Moon, C.F.: Peetinteraction and Cognitive Development, Child Develo., 42, 1971.
295- Young. J. Thinking Seriously about Crim, Some Models of Criminology, in Fitzerald, et al., Crime and Society, London, 1981.
296- Cross, R. D. (1995): Themes, Issues and Debates in Psychology. London: Hodder and Stoughton.
297- Valentine, E. R. (1992): Conceptual Issues in Psychology, 2nd edn. London: Routledge.
298- Howitl, D. and Owesu- Bempah. J., (1994): The Racism of Psychology. Time for Change. Hemel Hempstead: Harvester.
299- Matlin, M. (1992): Feminist Perspectives in Therapy New York. Wiley.

300- Richards, D. (1996): Putting Psychology in Place: An Introduction, from a critical Historical Perspective, London: Routledge.
301- Glassman W. E. (1995): Approaches to Psychology: 2nd edn. Buckingham: o.u Press.
302- Schulz, D. (1987): A History of Modern Psychology 4th edn. New York: Academic Press.
303- Pratkanis, A. and Aronson, E. (1991): The Age of Propaganda Every day uses and Abuses of Persuanion. New York. Freeman.
304- Watson, P. (1978): War on The Mind, New York: Basic Books.
305- Kaplan, R. M. and Saccuzzo, D. P. (1989): Psychoogical Testing Principles. Applications and Issues, 2nd edn, California: Brooks Cole.
306- Kline, P. (1992): Psychometric Testing in Personnel Selection and Appraiqsal London: Croner.
307- Fairbairn, S. and Fairbairn, G. (eds) (1987): Psychology, Ethies and Change. London: Routledge & Kegan Paul.
308- Manning, A. and Dawkins M. S. (1991): Animal Behaviour Cambridge: Cambridge University Press.
309- Schwartz, B. (1989): Psychology of Learning and Behaviour 3rd edn. New York: Norton.
310- Walkers, S. (1984): Learning Theory and Behaviour Modification London: Methuen.
311- Atkinson, R. L., Smith E. E. and Bem. D. J. (1993): Introduction to Psychology, 11th edn. Dr Lends, FD: Harcourt. Brace Jovanovich.
312- Wade, N. J. and Swanston M. (1991): Visual Perception, London: Routledge.

313- Stepherd, G. M. (1988): Neurobiology Oxford: Oxford University Press.
314- Carlson, N. R. (1991): Physiology of Behaviour Boston Mass: Allyn & Bacon.
315- Goleman, D. (1995): Emotional Intelligence. London: Bloomsbury.
316- Plutchik, R. (1994): The Psychology and Biology of Emotion London: Harper Collins.
317- Farthing, G. W. (1992): The Psychology of Consciousness. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.
318- Radford J. and Govier E. (eds) (1991): Atextbook of Psychology, 2nd edn. London: Routledge.
319- Eysenck, M. W. (1982): Attention and Arousal: Cognition and Performance. Berlin: Psychology Verlag.
320- Eysenck, M. W. (1984): A Handbook of Cognitive Psychology. Brighton: Psychology Press.
321- Coregory, R. L. (1996): Eye and Brains 5th edn. Oxford: Oxford University Press.
322- Smith, P. K. and Covie H. (1988): Understanding Childness Development Oxford: Blackwell.
323- Baddeley, A. D. (1990): Human Memory: Theory and Practice Laurence Erlbaum Associates.
324- Birch, A. (1997): Development Psychology: From Infancy to Adulthood 2nd edn. Basingstoke: Macmillan.
325- Bowlby, J. (1988): A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Tavistock/ Routledge.

326- Dukin, K. (1995): Developmental Social Psychology: from infancy to old age Oxford: Blackwell.
327- Bryant, P.E. and Colman, A.M. (eds) (1995): Developmental Psychology. Harlow: Longman.
328- Turner, J.S. and Helms, D.R. (1995): Lifespan Development, 5th edn. Orlands FL: Harcourt Brace.
329- Deaux, K. Dane, F.C. and Writhtsman, L.S. (1993): Social Psychology in the go's, 6th edn Pacific Grove, CA: Broakescole.
330- Hogg, M.A. and Vaughan, G.M. (1995): Social Psychology: An Introduction Hemel Hempstead: Prentice- Hall/ Harvester Wheat sheaf.
331- Duck, S. (1995): Repelling the Study of Attraction. The Psychologist 8 Go 3.
332- Kitzinger, C. and Coyle, A. (1995): Lesbian and Gay Couples: Speaking of Difference. The Psychologist, 8pp- 64-9.
333- Hayes, N. (1993): Principles of Social Psychology. Have: Lawrence Erlbaum.
334- Malin, T. Brich A. and Hayward S. (1996): Comparative Psychology Basingstoke: Macmillan.
335- Eiser, J.R. (1986): Social Psychology: Atitudes. Cognition and Social Behaviour Cambridge: Cambridge University Press.
336- Hayes, N. (1994): Foundation of Psychology, London. Routledge.
337- Fonagy, P. and Higgitt, A. (1984): Personality Theory and Clinical Practice. London: Methuen.

338- Hampson, S. (1988): The Construction of Personality: An Introduction 2nd edn Lodnon: Routledge.
339- Freud, S. (1933/65): New Introductory Lectures on Psychoanalysis (J. Strachey ed and trans). New York: Norton.
340- Rogers, G. (1969): Freedom to Learn Columbus, oh: Merrill.
341- Harrington, R. (1993): Depressive Disorder in Childhood and Adolescence. Chichester: Wiley.
342- Davison, G. and Neals, J. (1994): Abnormal Psychology 6th edn. New York: Wiley.
343- Nutt, D. J. (1990): The Pharmacology of Human Anxiety Pharamacological Therapies. 47. 223-226.
344- Rogers, C. (1961): On Becoming a Person. Boston. MA: Houghton Miffiln.
345- Coolican, H. (1994): Research Methods and Statistics in Psychology 2nd edn London: Hodder & Stoughton.
346- Coolican, H. (1994): Research Methods and Statistics in Psychology 2nd edn London: Hodder & Stoughton.
347- Abrams, D. and Hogg, M. (1990a): Social Identity Theory: Constructive and Critical Advance. London: Harvester Wheatsheaf.
348- Abrams, D. and Hogg, M. (1990b): Social Identification Self Categorisation and Social Influence. European Review of Social Psychology, I, 195-228.
349- Adams, G.R. Gullotta T.P. and Mark Strom-Adams C. (1994): Adolescent Life Experiences, 3rd edn Pacific Grove, G.A. Brooks/cole.

350- Anderson, I.P. (1991): Acculturative Stress: A Theory of Relevance to Black Americans Clinical Psychology Review 11, 685-702.

351- Andrew, R.J. (ed) (1991): Neural and Behavioural Plasticity: The Use of Domesticchich as a Model Oxford: Oxford University Press.

352- Atchley, R.G. (1991): Social Forces and Aging an Introduction to Social Gerontology, 6th edn. Belmont CA: Wadsworth.

353- Baddeley, A. (1990): Human Memory have East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.

354- Baron, Cohen, S. (1997): The Child with Autism First Lessons in Mind Reading Psychology Review, 3 (3). 30-31.

355- Beck, A. and Emery G. (1985): Anxiety Disorders and Phobias: Acognitive Perspective, New York: Basic Books.

356- Berkowitz, L. (1989): Frustration- Aggression Hypothesis Examination and Reformulation. Psychological Bulletin. 106, 59-73.

357- Bernstein, G.A. (1991): Comorbidity and Severity of Anxiety and Depressive Disorders in a Clinic Population. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 30-43-50.

358- Brehm, J.W. (1992): A Theory of Psychological Reactance, New York: Academic Press.

359- Bretherton, I. (1992): The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 28-759-75.

360- Bronn, G.D.A. (1990): Cognitive Science and its Relation to Psychology. The Psychologist, August, 339-43.

361- Bruce, V. and Green, P.R. (1990): Visual Perception: Psychology and Ecology. 2nd edn. London: Erlbaum.

362- Bryant, P.E. and Colman, A.M. (eds) (1995): Developmental Psychology Harlow: Longman.

363- Bussy, K. and Bandura, A. (1992): Self Regulatory Mechanisms Governing Gender-Development Child Development 63/236-50.

364- Cattell, R.B. (1995): The Fallacy of the Five Factors in the Personality Sphere the Psychologest, 8 (5) 207-8.

365- Cohen, S. and Williamson, G.M. (1991): Stress and Infections Disease in Humans Psychological Bulletin 109, 5-24.

366- Davison, G. and Neale, J. (1994): Abnormal Psychology: 6th edn. New York: Wiley.

367- Dollard, J. Doob, L.W. Miuer, N.E. Mowrer, O.H. and Sears, R.R. (1993): Frustration and Aggression New Haven. Cl. Yale. University Press.

368- Duck, S. (1992): Human Relationships 2nd edn. London: Sayes.

369- Durkin, K. (1995): Developmental Social Psychology: from Infancy to old Age. Oxford: Blackwell.

370- Eysenck, H. J. and Eysenck, M. W. (1985): Personality and Individual Difference: A Natural Science Approach: New York Plenum Press.

371- Egsenck M. W. (1994): Perspectives in Psychology. Have: Lawrence Erlbaum Associates.

372- Farthing G. W. (1992): The Psychology of Consciousness. Englewood Cliffs NJ: Prentice- Hall.
373- Fogel A. (1993): Developing Through Relationships Origins of Communication. Self and Culture. New York: Harvester Wheatsheaf.
374- Glassman, W. E. (1995): Approaches of Psychology 2nd edn Bucknghass: Open University Press.
375- Goldberg, L. R. (1993): The Structure of Phenotypic Personality Traits, American Psychologist 48 (2) 26-33.
376- Gottesman. I. (1991): Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness. New York: Freeman.
377- Hampson, S. E. (1988): The Consturction of Personality: An Introduction 2nd edn. London: Routledge.
378- Hare= Mustin, R. T. and Marack J. (1990): Making a Diffrence: Pschology and the Construction of Gender New Haven, Ct: Yale University Press.
379- Hayes, N. (1993): Principles of Social Psychology House: Lawrence Evlbaum Associates.
380- Higgins, E. T. (1987): Self Discrepancy: A Theory Relating Self and Affect Psychological Review 94, 319-40.
381- Kline, P. (1981): Fact, and Fanctacy in Freudian Theory 2nd edn. London: Methuen.
382- Kline, P. C. (1984): Psychology and Freuidan Theory: An Introduction. London: Methuen.
383- Lewis, M. (1990): Social Knowledge and Social Development Merill Palmer Quarterly, 36-93-116.

384- Malin, T. (1994): Cognative Processes, Basingstoke: Macmillan.
385- Mandler, G. (1982): Mind and Emotion New York: Norton.
386- Marsh, H.W. Craven R. G. and Debus R. (1991): Self Concepts of Young Children 5 to 8 years of age, Journal of Educational Psychology 83, 337-92.
387- Mitchell, P. and Lacohee, H. (1991):Children's Early Understanding of Folse Belief. Cognition 39. 207-27.
388- Mitchell, P. (1992): The Psychology of Childhood. London: Falmorpress.
389- Tony Malin and Ann Birch (1999): Introductory Psychology. London. Macmillan Press.
390- Klin, P. (1983): Personality Measurement and Theory. London: Hutchinson.

الفهرس